中央文明办·卫生部主办　相约健康社区行巡讲精粹

# 你可以睡得更好



中央文明办、卫生部特聘
首席健康教育专家

李舜伟 著

中央文明办·卫生部主办
相约健康社区行
巡讲精粹
第3版

科普图书首次获国家科技进步奖

本套书荣获2005年度
“国家科技进步奖二等奖”

◎谨以此书献给饱受失眠痛苦的人们

◎这本小册子就是谈谈有关睡眠方面的问题，它可以简单地告诉我们睡眠是怎么一回事？人们为什么会失眠？怎样治疗失眠？相信看过此书，你能学会解决失眠的方法，远离失眠的困扰

人民卫生出版社

VISIT...

LANZAROTE Caliente.COM

# 版权页

图书在版编目（CIP）数据

你可以睡得更好 / 李舜伟著.—3 版.—北京：人民卫生出版社，2010.12

（相约健康社区行巡讲精粹）

ISBN 978-7-117-13731-7

I.①你… II.①李… III.①睡眠-问答②睡眠障碍-防治-问答 IV.①R163-44 ②R749.7-44

中国版本图书馆CIP 数据核字（2010）第215512号

门户网：www.pmph.com出版物查询、网上书店

卫人网：www.ipmph.com护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

你可以睡得更好

第3版

著 者：李舜伟

出版发行：人民卫生出版社（中继线010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里19 号

邮 编：100021

E-mail：pmph@pmph.com

购书热线：010 - 67605754 010 - 65264830 010 - 59787586

010 - 59787592

印 刷：

经 销：新华书店

开 本：710 ×1000 1/16 印张：

字 数：152千字

版 次：2003 年9 月第1 版 2011年第3版第8 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-13731-7/R·13732

定 价：23.00元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail：WQ@pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

内封

中央文明办 • 卫生部主办

相约健康社区行巡讲精粹

# 你可以睡得更好

第3版

中央文明办、卫生部特聘
首席健康教育专家 李舜伟 著



人民卫生出版社

# 《相约健康社区行巡讲精粹》丛书 第3版编委会

编委会主任

陈 竺 张 茅

编委会副主任

王世明 陈啸宏 刘 谦 尹 力 王陇德殷大奎

主 编

殷大奎

副 主 编

涂更新 姚晓曦 秦怀金 徐 科 何 维窦熙照 邓海华 秦 耕 胡国臣 刘克玲

编 委 （按姓氏笔画排序）

万承奎 向红丁 李舜伟 杨秉辉 胡大一洪昭光 赵 霖 徐光炜 郭冀珍

特约编辑

李新华 曾晟堂 鹿文媛 刘利群 徐晓超陶 金 赵仲龙

# 《相约健康社区行巡讲精粹》丛书第3版说明

此丛书为我社２００３年邀请卫生部、中央文明办聘请的１１位首席健康教育专家编写，２００３年第1版和２００６年第2版出版后深受读者欢迎，社会影响深远，多次重印，多数品种累积印数已达２０余万册。全套丛书荣获２００５年度“国家科技进步奖二等奖”。

随着医学科学的飞速发展，新的疾病诊疗技术和常见病防治方法的不断出现，常见病防治知识理念的不断更新，人们对健康问题的日益关注，为了进一步发挥本套精品图书在普及健康知识中的领军作用，将健康教育巡讲活动推向新的高潮，人民卫生出版社决定修订此套丛书，使其在提高全民族健康水平的事业中更好地发挥作用。

根据医学知识的不断更新，参考读者的反馈信息，特别是针对目前医学科普图书市场出现的一些误导群众健康养生观念和方法，作者对丛书的内容、结构进行了更新和调整；增加了常见疾病防治的新理念、方法和措施。保留并提炼了原书最有特色和最有实用价值的内容。对全套书的编写形式和版式方面也做了调整，让读者更轻松的阅读。如采用了标题字体变化、段首标注、不同色块变化等；对封面和插图全部进行了更新，更加令人赏心悦目。

# 《相约健康社区行巡讲精粹》丛书第3版序

《相约健康社区行巡讲精粹》第一版、第二版出版以来，对宣传普及健康知识，提高群众健康意识，推进中国公民健康素养促进行动发挥了重要作用，一直深受广大读者喜爱与好评，并获得了2005年度“国家科技进步奖二等奖”。

刚刚闭幕的第十一届全国人大第四次会议审议通过的《国民经济和社会发展第十二个五年(2011-2015年)规划纲要》明确要求普及健康教育，实施国民健康行动计划。2009年，中共中央、国务院作出了深化医药卫生体制改革的重大决策，也明确要求医疗卫生机构及机关、学校、社区、企业等要大力开展健康教育与健康促进工作，帮助群众提高健康意识和自我保健能力。大力开展健康教育与健康促进工作，普及科学、正确的健康知识，满足人民群众日益增长的健康需求，是保障和改善民生的迫切需要，也是深化医改的重要内容。

随着经济社会发展，人民群众越来越重视医疗保健和健康问题，渴望获得健康知识提高生活质量和健康水平。中国科协2010年开展的第八次中国公民科学素养调查结果显示，公众最感兴趣的科技信息是“医学与健康”，选择比例为82.7%。与此同时， 2008年中国居民健康素养水平调查结果显示：我国居民健康素养水平仅为6.48%，也就是说100人中只有不到7人有能力运用掌握的基本健康知识与技能维护自身健康。但当前，网络、电视、报纸等媒体存在着大量虚假、错误的健康信息，有的甚至打着“医学大家”、“权威专家”的幌子大肆炒作，误导群众，给人民健康带来严重危害。因此，传播科学的健康知识、倡导健康的生活方式，是卫生工作者的重要责任，更是健康教育工作者的神圣使命。

“相约健康社区行”专家巡讲活动自2003年启动以来，百名医学专家走进社区与群众面对面交流，数万名社区群众直接参与这项活动，树立起了“学习科学、拥有健康、享受生活”的新风尚，对增强公众健康意识、培养健康生活方式，丰富社区健康教育活动发挥了重要作用。由卫生部和中央文明办共同组织编写的《相约健康社区行巡讲精粹》丛书是“相约健康社区行”专家巡讲活动的配套材料，是11位医学专家多年工作心血和智慧的结晶，是经过实践检验、深受群众喜爱的健康科普读物，推动了巡讲活动深入开展。

应广大读者要求，11位作者总结多年来“相约健康社区行”专家巡讲活动实践经验，根据影响健康因素的变化情况，结合医学研究的最新进展等，对丛书再次进行修订，保证其传播健康知识的科学性、准确性和权威性。我相信，这套丛书的再次修订出版，将对提高群众的健康素养，提高群众的健康水平起到重要的推动作用。

卫生部部长

2011年4月

# 作者简介

李舜伟 男，上海市人， 1936年生。1958年毕业于上海第一医学院医疗系本科，后任职于北京协和医院神经科。1988年升任教授。1992年任博士导师。1992年被批准享受国务院颁发的政府特殊津贴。

历任法国神经科学学会荣誉会员，美国生物精神科协会通信会员，中华医学会神经科分会顾问，国家食品药品监督管理局药评中心专家组成员，卫生部伦理委员会委员，中华医学会医疗事故鉴定专家组成员，科技部司法鉴定委员会委员，中国医师协会循证医学委员会委员。

已发表论文129篇，主编书籍9本，参加编写书籍27本，译著2本。2005年“丁苯酞的基础与临床研究”获北京市科技进步一等奖，国家科技成果二等奖； 1990年“意识障碍的分类与分级”在一氧化碳中毒国家标准中被引用，获卫生部优秀国家标准二等奖； 2005年科普书籍“您可以睡得更好”获科技部科普作品国家科技成果二等奖。2003年被党中央文明办、卫生部命名为“相约健康社区行”首席专家。

# 引 言

曾经有一段美好的睡眠掌握在我的手里，我没有珍惜，等我失去的时候才后悔莫及。人世间最痛苦的事莫过于此，如果上天能够给我再来一次的机会，我会对它说：回来吧。如果非要在这份自白前加上一个期限，我希望是：一万年。

——摘自一位失眠的“大话西游”迷的日记

谨以此书献给饱受失眠痛苦的人们。

# 第3版前言

朋友相见，免不了问候，“您吃了吗？ ”要在二十年前，这话听起来十分受用，现在就有些过时了，“您上网了吗？ ” “您买房了吗？ ” “您买车了吗？ ”问话中无不折射出时代的变迁。近些年来，随着物质生活的极大丰富，大家对心脏病、高血压和糖尿病等的关注度日益高涨。然而今天我想说的是“睡眠”——一个我们离不开却又常常被忽略的话题——“您睡好了吗？ ”

也许大多数人会奇怪：“当然睡好了，睡觉有什么好说的！ ”可我想强调的是，睡觉可不那么简单。也许你驰骋商场，呼风唤雨；也许你腰缠万贯，事业有成。但是，很可能你不会睡觉。这不是危言耸听。下面的场景并不少见：夜深人静，在不同的城市，不同的楼群，不同的房间，有这样一群朋友，他们紧皱眉头，眼里闪着猫头鹰一般幽幽蓝光，口中念念有词，辗转反侧，上床，下床，如此反复。此刻，他们并不是挑灯夜战的科学家，不是运筹帷幄的商战高手。他们，只是一群饱受失眠折磨的朋友。他们常常望着东方，直到东方泛白，直到第一缕阳光出现。日复一日，年复一年。

他们感叹：总是要等到失恋的时候才感觉爱情的甜蜜，总是要等到生病的时候才怀念健康的重要，同样，只有到失眠的时候才能体会睡眠的美好。

有人总结吸烟的三大“好处”：防狗咬、防盗和永远年轻。因为长期吸烟的人直不起腰，这个动作像拣石头打狗，狗即会落荒而逃，即所谓“防狗咬”；吸烟的人整夜不停地咳嗽，小偷不敢造访，即所谓“防盗”；吸烟的人都不能长寿，即所谓“永远年轻”。联想到失眠，我认为失眠最突出的优势是“防盗”，你想，整夜都不睡觉，哪个小偷敢上门？这是黑色幽默。我无意取笑失眠的朋友，相反，通过日常工作中与大量失眠患者的接触，我更能体会到他们的痛苦，这本小

册子就是谈谈有关睡眠方面的问题，它可以简单地告诉我们睡眠是怎么一回事？人们为什么会失眠？怎样治疗失眠？相信看过此书后，对失眠的朋友会有些帮助，对目前能睡安稳觉的朋友也是个提醒：注意保持良好的睡眠习惯，不要在失眠的时候才去体会睡眠的重要。

李舜伟

2011年3月

Table of Contents


1. 为什么说睡眠是生命的需要
2. 我们是怎么进入睡眠的
3. 怎样研究睡眠
4. 正常的睡眠是什么样的
5. NREM有哪些特点
6. REM有哪些特点
7. 睡眠有什么作用
8. 睡眠能够美容吗
9. 睡眠能促进儿童生长吗
10. 人能不能不睡觉
11. 午睡对人有好处吗
12. 打盹儿正常吗
13. 不同年龄的人对睡眠的要求一样吗
14. 人的睡眠与性格有关吗
15. 季节和气候也能影响睡眠吗
16. 做梦 —— 一个引人入胜却又充满玄机的话题
17. 你说梦话吗
18. 睡眠疾病知多少
19. 失眠是什么
20. 引起失眠的原因有哪些
21. 你知道“世界睡眠日”吗
22. 有自己评价睡眠障碍的方法吗
23. 越担心睡不着越难以入睡是怎么回事
24. 自己觉得失眠就一定患有失眠吗
25. 世界上有从小就患失眠的人吗
26. 什么是假失眠
27. 失眠者为什么多梦
28. 失眠者为什么容易健忘
29. 饮食和失眠有关系吗
30. 食物过敏与失眠有关吗
31. 刺激性饮料怎么会引起失眠
32. 酒精和睡眠障碍有什么关系
33. 吸烟能影响睡眠吗
34. 人体内有没有一个“唤醒”系统
35. 为什么要强调睡眠作息制度
36. 经常熬夜为什么要不得
37. 时差为何会引起失眠
38. 如何治疗由于时差导致的失眠

39. 睡眠环境变化会引起失眠吗
40.“三班倒”缘何引起失眠
41. 你的宝宝有不良的入睡习惯吗
42. 不适当地强制儿童就寝会引起睡眠障碍吗
43. 小学生会有哪些睡眠障碍
44. 青少年学生为什么会失眠
45. 大学生为什么会失眠
46. 离退休人员为什么会失眠
47. 老年人失眠常见的原因有哪些
48. 住院病人为什么容易失眠
49. 手术前后的病人为什么会失眠
50. 考前失眠是怎么回事
51. 婚恋和失眠有什么关系
52. 去高原旅游出现失眠是怎么回事
53. 什么叫焦虑性失眠
54. 为什么有些失眠病人被大夫诊断为抑郁症
55. 失眠和神经衰弱是一回事吗
56. 头痛如何影响睡眠
57. 关节痛为什么也能引起失眠
58. 药物为什么会引起失眠
59. 催眠药物也会引起睡眠障碍吗
60.“摇头丸”是什么药物
61. 激素会不会引起失眠
62. 脑血管病会引起睡眠障碍吗
63. 帕金森病常会有睡眠障碍吗
64. 痴呆病人的睡眠障碍有哪些特点
65. 呼吸肌肉麻痹病人为什么会发生睡眠障碍
66. 如何防止睡眠中癫痫病发作
67. 头部外伤后变得爱睡觉了是怎么回事
68. 艾滋病病人有睡眠障碍吗
69. 慢性肝病睡眠障碍的特点是什么
70. 肾功能衰竭时会失眠吗
71. 癌症病人为何产生失眠
72. 失眠为什么总是和更年期反应相伴而行
73. 甲状腺功能亢进和失眠有什么关系
74. 甲状腺功能减退会引起失眠吗
75. 垂体功能亢进和失眠有什么关系
76. 垂体功能低下会造成失眠吗
77. 肾上腺皮质功能亢进和失眠有什么关系
78. 肾上腺皮质功能减退会引起失眠吗

79. 糖尿病会不会引起失眠
80. 溃疡病也会影响睡眠吗
81. 什么是哮喘引起的失眠
82. 高血压会使人失眠吗
83. 精神分裂症和失眠有没有关系
84. 情感性精神病是否总有睡眠障碍
85. 反应性精神病会失眠吗
86. 抽动秽语综合征与失眠有关系吗
87. 儿童睡眠不好的原因是什么
88. 梦游有哪些特点
89. 夜惊和梦游一样吗
90. 梦魇是狐狸精作祟吗
91. 睡眠时惊跳是因为在长高吗
92. 你在睡眠中腿老动吗
93. 入睡前腿总感到不舒服是什么病
94. 你听说过“睡瘫症”吗
95. 夜间磨牙是因为肚子里有虫吗
96. 整天想睡是病吗
97. 为什么有人在大笑大哭时就摔倒
98. 发作性睡病有药物治疗吗
99. 有没有又贪睡又贪吃的病
100. 什么是特发性过度睡眠
101. 什么是睡眠呼吸暂停综合征
102. 打呼噜有什么危害
103. 睡眠呼吸暂停综合征会造成记忆力减退吗
104. 有睡眠疾病的人不宜做哪些工作
105. 失眠怎么办
106. 怎样跳出失眠的怪圈
107. 对失眠认识的常见误区有哪些
108. 失眠怎样治疗
109. 科学的睡眠卫生包括哪些内容
110. 睡眠习惯不正确是病吗
111. 卧室有什么卫生要求
112. 窗户和窗帘对睡觉有影响吗
113. 在什么样的床上睡得比较舒服
114. 床褥和失眠有关系吗
115. 如何选择合适的枕头
116. 睡衣以什么材质为好
117. 什么样的睡觉姿势益于睡眠
118. 婴幼儿、孕妇、病人各应选择什么样的睡觉姿势

119. 睡前洗个热水澡有什么好处
120. 睡前散步有治疗失眠的作用吗
121. 听音乐也能治疗失眠吗
122. 气功能治疗失眠吗
123. 如何避免用兴奋大脑的药物以免造成失眠
124. 更年期妇女失眠应该怎样治疗呢
125. 对长期卧床的病人患失眠者如何进行家庭护理
126. 为什么说保持心理平衡对治疗失眠很重要
127. 如何改善焦虑引起的失眠
128. 什么是失眠的刺激控制疗法
129. 什么是睡眠限制
130. 什么是放松治疗
131. 褪黑激素为什么能调整睡眠
132. 褪黑激素治疗慢性失眠效果好不好
133. 中药对催眠的作用如何
134. 失眠后一定要用安眠药吗
135. 安眠药有哪几类
136. 吃安眠药有什么窍门
137. 服用安眠药应注意哪些问题
138. 如何看待安眠药的副作用
139. 安眠药的使用有讲究
140. 安定类药物只有安眠作用吗
141. 慢性长期失眠病人能一直用安眠药吗
142. 安眠药服用时间长了怎么进行调整
143. 伴有躯体、精神疾病的失眠患者应该如何选择镇静催眠药
144. 为什么巴比妥类药物不推荐用作安眠药
145. 速可眠治疗失眠效果不错，为什么不用
146. 眠尔通怎么越来越少用了
147. 安眠酮为什么不用了
148. 苯二氮补类药物是怎样治疗失眠的
149. 安定治疗失眠合适吗
150. 三唑仑是不是治疗失眠的良药
151. 舒乐安定是治疗失眠的常用药吗
152. 罗拉和佳静安定能治疗失眠吗
153. 忆梦返治疗失眠有什么优点
154. 思诺思治疗失眠效果如何
155. 你听说过扎来普隆吗
156. 水化氯醛现在还用来治疗失眠吗
157. 除了三大系列安眠药之外，还有其他药物吗
158. 多虑平和阿米替林为什么能治疗失眠

159. 曲唑酮对失眠病人有用吗
160. 抑郁病人治愈后，为什么失眠也好了
161. 抗抑郁药是不是都能够治疗失眠
162. 为什么抗组胺药也有催眠作用
163. 长期用中枢兴奋药可以吗

# 1. 为什么说睡眠是生命的需要

从胎儿后期开始，人就有睡眠，出生后更是如此。如果按每人每夜平均睡8小时计算，那么一位70岁老人一生中花在睡眠上的时间竟可达20万个小时之多。人的生命是可贵的，也是有限的，花这么多时间在一项单一的、周而复始的、又不太了解内容的活动上，值不值得？相信每个人都会问一个："为什么？"

人们对睡眠的研究虽然经历了很长的时间，但仍然不能说已经彻底搞清楚了。20世纪50年代以来，由于多导睡眠仪的发明和应用，人们对睡眠的认识已经深入了许多。从初步的实验结果来分析，科学家发现睡眠是每个人在生命中都必须满足的一种绝对需要，就像食物和水一样。根据观察，健康人能忍受饥饿长达三星期之久，但只要缺觉三昼夜，人就会变得坐立不安、情绪波动、记忆力减退、判断能力下降，甚至出现一些错觉和幻觉，以致难以坚持日常生活中的活动。所以，睡眠对每个人来讲，都是绝对必需的、不可或缺的生活需要。

尽管睡眠对每个人是如此的重要，但是不同的人对睡眠的需要并不相同，一般说来，女性比男性所需要的睡眠时间略为多一些。有些人每夜只睡3～4小时就清醒、精神饱满，但另一些人则每夜非睡10～12小时才能解乏，否则白天会头昏脑涨、无精打采、工作难以为继。历史上有些名人以睡得少而著称，如拿破仑每夜最多睡4小时，当然也有以好睡闻名的。所以就睡眠时间长短而言，每个人的要求不会一样。失眠的病人最好是自己与自己不失眠的时候比较，而不要同别人比较。目前对健康的成年人来讲，每夜平均睡7～9小时就已经足够了。

# 2. 我们是怎么进入睡眠的

睡眠对于每个人来讲，都是绝对必需的、不可或缺的生活需要

既然睡眠是人类生命的需要，每个人注定要睡眠，那么“我们怎么会入睡”这一问题似乎多此一举。不过如果我们坚持要一个答案，许多人很可能都答不上来，就像“苹果为什么不往天上飞去而偏要从树上掉下来”这个问题一样，正是日常生活中的小事往往容易被人忽视，所谓“天经地义”的事有时却包含着重要的道理。

让我们实地观察一下。如果一个人已经劳动了一整天，当疲劳和紧张逐渐消失时，他会松口气，躺在床上，伸伸懒腰，打个哈欠，此时四肢和身体的大肌肉便逐步放松，松得不能再支撑我们的身体，接着，皱着的眉头舒展开来，双手和下巴慢慢放松，于是就进入睡眠。这个过程有的人极短，短到自己都察觉不到。如果你是一位有心人，你可以在公共汽车上、开会时、看电视时，从打盹的人身上观察到人入睡的全过程。由于打盹时人的颈部和身上的肌肉慢慢支持不住重量，结果头歪向一侧，身子往一边倒，下巴张开，有时还会流口水，有的还会轻轻打呼噜。此时只要有点声音或一个物体刺激一下打盹的人，他就会突然抬起头来，茫然地注视周围人群或周围环境，重新意识到“身处何地”。当然也有人并不承认自己曾经入睡或打盹，只感到自己好像“放松”了一下。

“放松”，这是十分确切的描述。因为放松是睡眠最重要的前提，如果一个人在精神上、心理上、身体上都没有放松的话，就很难入睡，甚至根本不能入睡。许多失眠的病人都了解这一点，他们在入睡前就害怕躺在床上睡不着，越害怕，心里就越紧张；越紧张，就越放松不了，结果形成一个恶性循环，也往往使失眠更加严重。

# 3. 怎样研究睡眠

多导睡眠仪是用来研究和诊断睡眠病最有效的仪器。

20世纪50年代在测定人的整夜睡眠后，发现睡眠是由不同类型的脑电波、眼球活动、心跳和呼吸频率、肌电活动等组成的规律性、周期性的生理活动，经过多次改装和测试，现在在临床上应用的仪器称为多导睡眠仪，这是用来研究和诊断睡眠病最有效的仪器。

睡眠实验室的操作都在夜间进行，为了避免睡眠时打鼾影响别人，要采用隔音装置。由于多导睡眠仪检查时要在头皮上安置许多不同的电极，由导线连接到主机上，所以有的病人会感到不习惯，难以入睡，以致需反复检查几次才有较良好的记录。

实验室的技术员和医师一般都在隔壁的操纵室内启动仪器，当各项数据和信息都输入计算机内后，结果就会通过自动分析仪打印出来。

多导睡眠仪中最基本的部分是脑电波检查。正常健康人在睡眠时其脑电波的图形是规律性地出现的，随着睡眠的深浅，图形就会发生变化。如果患了睡眠病，其结果就和正常人不同了，医师可以根据异常的结果来作出诊断。

眼球运动记录仪是另一个重要的部分，在睡眠过程中，正常健康人大部分时间眼球基本上不活动，只有一小部分时间眼球才做很快的来回运动。在眼球基本上不活动和很快活动的时候，脑电波有着明显的差别，说明这是两种截然不同的睡眠阶段。记录这两种睡眠阶段（医师称为时相）对分析睡眠病至关重要。

呼吸记录仪常和血氧饱和度测定仪合并使用，正常健康人在睡眠加深后呼吸变慢、加深，但血氧饱和度应始终保持在90%~95%的范围内。如果有人在睡眠中产生呼吸暂停，而且血氧饱和度降到80%以

下，那么就是一种睡眠病——睡眠呼吸暂停综合征。

心率记录仪很容易安装，只要把一对电极放在心前区就可以了，由于心电波比脑电波强得多，所以很容易辨认。

肌电图记录仪通常不作为常规检查的手段，只在研究睡眠中肌肉收缩或放松时才用。这对电极主要放在下颏上。

从上述描述中我们可以了解到多导睡眠仪能同时记录人在睡眠时的脑电波、心率、呼吸、血氧饱和度、肌电波和眼球活动等数据，通过自动分析仪来测定人的睡眠属于正常还是不正常，所以是诊断睡眠病的一个非常重要的方法。20世纪80年代以来，我国已经有不少大医院建立了睡眠研究的实验室，为许多患有睡眠病的病人解除了疾病的痛苦。

# 4. 正常的睡眠是什么样的

从多导睡眠仪的检查结果来看，正常人在睡眠时有时眼球不活动或者只有很慢的浮动，这段时间比较长；但有时眼球很快地来回活动，这段时间比较短，在眼球慢动或快动的同时，脑电图出现不同的变化。由此，科学家把睡眠分成非快速眼动相睡眠和快速眼动相睡眠两部分，为书写方便起见，在文献中都用英文缩写的第一个大写字母来表示，非快速眼动相睡眠写作NREM睡眠，而快速眼动相睡眠写作REM睡眠，下面我们也按此表述，请读者注意。

正常成年人在睡眠一开始先进入NREM睡眠，由浅入深，大概经过60～90分钟后，转成REM睡眠，REM睡眠持续时间只有10～1 5分钟左右，然后又转成NREM睡眠，就这样周期性地交替出现NREM睡眠和REM睡眠，一夜出现4～6次，直到清醒为止。这是正常睡眠时的基本规律，人人都遵循，如果这种最基本的规律出现紊乱，例如缺少了REM睡眠或NREM睡眠，或是NREM睡眠和REM睡眠的排列发生了紊乱，即刚入睡就出现REM睡眠而不是NREM睡眠，那么一定是患了睡眠病。

我们一再强调睡眠多导仪的作用是因为这个仪器可以客观、公正地观察睡眠时的情况，科学性强。有些病人觉得自己失眠很严重，“通宵未睡”，但睡眠多导仪检查结果却告诉病人睡着了，不过睡得不够深，时间也不够长。根据这种结果医师再对症下药就比较有的放矢，把握大一些。另外还有些病人被误诊为别的病，依靠睡眠多导仪检查才纠正了诊断，下面我们会慢慢介绍。总之睡眠多导仪检查会给医师和病人一个总的印象，即病人的睡眠到底是正常的还是不正常的。

# 5. NREM有哪些特点

正常健康成年人入睡后先进入NREM（非快速眼动期），根据睡眠深度又可以把NREM分成I、II、III、IV期，各期的脑电波变化很大，能清楚地区别开来。

NREM I期 如果闭上眼睛做脑电波描记，可以看到有每秒8~1 3次的脑波，称为阿尔法波，这是以希腊字母α命名的波，说明被检者处于一种清醒而松弛的状态。NREM I期是指由α波期转入浅睡，脑电波逐渐由α波变成速度较快、波幅较高的波，呼吸次数变慢，心率也下降，下颏的肌肉放松，体温稍稍降低，人的思维变得像“漂浮”在一些奇怪的想法之中。所以NREM I期以机体的整个功能减弱和意识不清为主要特征，持续仅10~15 分钟。

NREM II期 脑电波变成速度快、波幅高，密集得像锯齿形的波群，看起来像一只织布机上的纺锤一样，称为睡眠纺锤。出现睡眠纺锤，就表明受检者正在“实实在在”地睡觉，他已经不可能控制自己的思维活动了。在这个时期，眼球会缓慢地由一侧转到另一侧，好像在水上浮动似的，速度很慢。同时呼吸和心率也进一步减慢，体温和血压再降低些，肌肉也更加放松。这段时间大概持续15~20分钟。

NREM III期 脑电波由睡眠纺锤逐渐夹杂一些宽大的慢波，大概每秒出现一次，称为德尔塔波，是以希腊字母δ命名的波。δ波的出现标志着NREM III期的到来。这期睡眠较深，只有不停地叫名字并摇晃身子才有可能弄醒他。除了脑电波的变化之外，呼吸、心率、体温、血压继续降低，肌肉更加放松。这期大概持续10~15分钟。

NREM IV期 脑电波显示以δ波为主，睡眠纺锤完全消失。眼球基本上不活动，肌肉完全松弛，体温明显降低，呼吸均匀而深，心率明显变慢，人很难被叫醒，这期是真正的熟睡阶段。失眠病人和老年人

都达不到NREM IV期，而奇怪的是有些睡眠病却恰好在这期发生，如遗尿症和梦游症等。

# 6. REM有哪些特点

经历了NREM I～IV期之后，睡眠会出现一系列奇特的变化，最奇特的是眼球活动。原先在NREM IV期眼球基本不活动的一下子变得快速地从一侧转到另一侧，好像在看什么东西一样，这时期称为REM睡眠相。第一次出现的REM（快速眼动期）只持续10分钟左右。

除了眼球快速来回活动之外，脑电波的变化也很奇特。原来大量的δ波逐渐减少，出现了睡眠纺锤和α波，以后又出现低波幅、快速的、多变的波形，这是清醒状态的脑电波。可是受检者并没有醒来，他确实还在沉睡之中。

还有奇特之处， REM睡眠时呼吸突然加快而且不规则，心率加快，体温轻度上升，血压也轻度升高，但是肌肉却更加放松了，下颌更松弛，口水会流出来。有些人在这期会出现足趾的伸屈活动，或磨牙。男性可能出现阴茎勃起，女性的阴道分泌物也可能增加。

一位熟睡的人出现清醒状态的脑电波和眼球快速的来回活动确实不同寻常，所以REM睡眠又被称为非正规睡眠。科学家经过反复地观察认为REM睡眠可能与梦境状态有关。如果把受检者从REM睡眠突然叫醒，并请他立刻回忆和复述梦境，那么受检者可以清晰地把梦境和盘托出，不过如果受检者在醒后又陷入深睡中或保持清醒一段时间，则受检者会把5分钟前做的梦忘记得干干净净。

REM睡眠还会把外界声响组合到梦境之中。例如你可能在梦境中梦见客人不断地按你的门铃请你开门，等到突然惊醒后才发现原来是床头的闹钟在大响着。

各种疾病的发病常常和REM有关。如心绞痛、心肌梗死、溃疡病、哮喘病、中风（卒中）等急性发作常常在REM睡眠相，甚至分娩的发动也在REM 睡眠时期。

虽然到目前为止，REM睡眠的作用还不完全清楚，但是科学家认为REM睡眠对人是必不可少的，它能使大脑得到休整，如果缺少REM睡眠（称为REM睡眠剥夺），在次夜会加倍“偿还”，使人噩梦频频，睡不解乏。

# 7. 睡眠有什么作用

睡眠的作用概括起来大体上有以下几方面：

（1）消除疲劳，恢复体力：睡眠是消除身体疲劳的主要方式。睡眠不足者，很容易感到疲乏、无力、体力不支。

（2）保护大脑，恢复精力：睡眠不足者，表现为烦躁、激动或精神萎靡，注意力涣散，记忆力减退等；研究发现，连续睡眠剥夺严重者会导致幻觉。而睡眠充足者，精力充沛，思维敏捷，办事效率高。

（3）增强免疫力，康复机体：人体在正常情况下，能对侵入的各种抗原物质产生抗体，并通过免疫反应而将其清除，保护人体健康。睡眠能增强机体产生抗体的能力，从而增强机体的抵抗力。

（4）促进生长发育：睡眠与儿童生长发育密切相关，婴幼儿在出生后相当长的时间内，大脑继续发育，这个过程离不开睡眠；且儿童的生长在睡眠状态下速度增快，因为睡眠中血浆内生长激素可以连续数小时维持在较高水平。所以应保证儿童充足的睡眠，以保证其生长发育。

（5）延缓衰老，促进长寿：近年来，许多调查研究资料均表明，健康长寿的老年人均有一个良好而正常的睡眠。

（6）保护人的心理健康：睡眠对于保护人的心理健康与维护人的正常心理活动是很重要的。因为短时间的睡眠不佳，就会出现注意力涣散，而长时间者很容易出现焦虑、抑郁等情绪，甚至发展至抑郁症、焦虑症。

# 8. 睡眠能够美容吗

睡眠使你每天都在美容

随着社会进步，人们观念更新，美容成了人们日常生活中较为热门的话题。诚然，爱美之心人皆有之。于是化妆品市场成了最受欢迎的场所，可是你们知道最好的美容方法吗？它并不是昂贵的化妆品，而是睡眠，所以实际上你每天都在美容。

睡眠与美容究竟有哪些关系呢？综合现代研究结果表明，大致有三个方面：①睡眠时皮肤血管更开放，补充皮肤营养和氧气，带走各种排泄物②睡眠时生长激素分泌增加，促进皮肤新生和修复，保持皮肤的细嫩和弹性，起到预防和延缓皮肤衰老的作用；③睡眠时，人体抗氧化酶活性更高，能更有效地清除体内的自由基，保持皮肤的年轻态。所以，皮肤的美丽实际上是在睡眠中孕育的。如果你错过了睡眠这个良机，恐怕你美丽的皮肤就会受到伤害，变得干涩、粗糙、晦暗、多皱等。

尽管如此，生活节奏的加快仍然使人们的睡眠质量受到不同程度的影响，充足的睡眠已经成了不少人可望而不可即的奢侈事，尤其是那些“白领”阶层的人群，工作压力大，生活规律发生变化等，已经导致其睡眠时间明显缩短、睡眠质量下降、精力不足、疲惫感增加、情绪低下等不同的症状，随之而来的便是工作效率明显下降，身体健康明显受损，这些不可避免地就会影响皮肤的保养，从而出现皮肤的老化。

由此说明，睡眠与美容确是息息相关的。那么，怎样才算良好的睡眠呢？一般来说，应注意两个方面的问题：①保证足够的睡眠时间：一般成人每天约需睡8小时；②讲究睡眠质量：睡眠的质（深沉香甜）要比量（足够时间）更为重要。睡眠的质量标准应该是醒后全

身轻松，疲劳消失，头脑清晰，精神饱满，精力充沛，胜任工作和学习。对于长期睡眠不良者，应找出原因并加以消除。

总之，充足的睡眠是美容的良方，你可以在轻松、休闲中美容，通过一夜香甜的睡眠，使你整个人容光焕发，它比任何化妆品、华贵的服饰更能增添你吸引人的魅力，那么何乐而不为呢？

# 9. 睡眠能促进儿童生长吗

充足的睡眠能使你的孩子长得更快

营养、运动和睡眠，对于儿童的生长发育是特别重要的三要素，这其中，睡眠却常常被忽略了。其实，睡眠对一个孩子的生长发育起着非常重要的作用，睡眠在一个人的一生中约占三分之一以上时间，作为生长发育高峰期的孩子对睡眠的需求会更高。这是因为：睡眠与生长激素的分泌有关。医学研究认为，人体睡眠时分泌的生长激素为醒时的3倍多。生长激素是人下丘脑分泌的一种蛋白质，它能促进骨骼、肌肉、结缔组织和内脏的生长发育；生长激素分泌过少，势必会造成身材矮小。而生长激素的分泌有其特定的节律，即人在睡着后才能产生生长激素，深睡1小时以后逐渐进入高峰，一般在22时至凌晨1时为分泌的高峰期。如果睡得太晚，对于正在长身体的儿童来说，身高就会受到影响。因此，孩子睡觉最迟不能超过21时，一般以20时前睡觉最为适宜，这样，就不会错过生长激素的分泌高峰期。儿童长期睡眠不足会影响身高的增长。

所以，睡眠充足，孩子的生长发育就快。年龄越小，睡眠应越多。1岁以下的小儿一昼夜需要14～20小时的睡眠， 2～5岁的小儿需要11～13小时，6～13岁的小儿需要9～10小时。学龄儿童和青年人一般每日应不少于8小时睡眠，睡眠对儿童来说不仅可以恢复体力、储存能量、促进体格生长，同时还有助于神经系统的发育，尤其是在快速眼动睡眠期大脑蛋白质的合成加快，新的神经突触联系成熟与建立等均有助于促进学习记忆活动。因此，充足的睡眠无疑是儿童健康成长的重要保证。

造成儿童睡眠不足有很多方面原因，其中很重要的原因是家长不恰当的教育方式，如让孩子过度地学习，参加各式各样的课外辅导班和学习班等，侵占了孩子的正常休息时间和睡眠时间。理智的家长

们，为了孩子的身心健康，请保证他们足够的睡眠吧！

# 10. 人能不能不睡觉

谁也不能剥夺你的睡眠，万万不能不睡觉

睡眠是生命的需要，所以人不能没有睡眠，而且每天缺少的睡眠还要补上，否则会受到惩罚，像欠债一定要还一样。这里举几个例子来说明。

拿破仑总希望从睡眠中节省时间，所以曾经强迫自己2～3夜不睡，但结果却懊悔不已，因为他抵挡不住“瞌睡虫”的侵袭，在白天办公时间沉入梦乡，而且整天头昏脑涨，记忆力差，办事效率下降。

第二次世界大战期间，由于劳动力缺乏，英国某些军工厂决定延长工人工作时间，每周工作70小时。开始的1～2周，产品数量稳步增长，第3周后发现随着产量的增加，废品率也随着上升，最后每小时生产的合格产品远远低于加班之前，结果只能减少加班时间，直到每周工作54小时，产品的合格率才又达到高峰。

战场上，指挥官在重大战役之前，会派出小股部队在夜间对敌军前沿阵地进行骚扰，使敌军整夜不能入睡，结果是次日战斗打响后，敌军的战斗力会因睡眠不足和疲劳而减弱。

在睡眠实验室，当研究人员尽量阻止受检者进入睡眠达数天之久后，结果受检者都讲述头昏脑涨，不能集中注意力，记忆力明显减退，情绪烦躁不安，易发脾气，表情呆滞迷惘，有时甚至沮丧、压抑，出现自杀念头。个别人还会出现幻觉，如听到别人在同他说话，看见奇怪的东西等，有时出现多疑、敏感、老是疑心别人想害自己等，与精神病十分相像。

这种称为睡眠剥夺的试验一旦结束，受检者便立刻陷入沉睡，他们会一下子进入NREM II期，然后加深到NREM III、 IV期。最特别的是REM睡眠出现的时间提前，持续时间也延长，出现的次数增加，说

明REM睡眠遭到剥夺后要求补偿的趋势最为强烈，反过来说明REM睡眠对人是十分重要的，任何的REM睡眠剥夺都会产生REM睡眠的补偿和反跳。

# 11. 午睡对人有好处吗

午睡是国人的一个传统习惯，在农村，夏天有歇晌，而工厂、机关、学校等一般也都安排有午休时间。通常都认为，午后小憩是有好处的，因为经过一上午紧张的工作，人的脑力和体力已出现疲劳现象，短暂的睡眠有助于消除疲劳，恢复脑力和体力，以便使下午的工作更有效率。德国的睡眠专家认为，人体除了夜晚外，白天也需要睡眠，在上午9时、中午1时和下午5 时，有3个睡眠高峰，尤其是中午1时的睡眠高峰较明显，他们认为人白天的睡眠节律往往被繁忙的工作和紧张的情绪所掩盖，一旦外界刺激减少，人体白天的睡眠节律就会显露出来。

欧美国家一般无午睡习惯，现在我国一些大城市工作节奏较快，尤其是很多公司采取“朝九晚五”的工作制度，中午只有一个小时左右的就餐时间，根本无暇午睡。当然，如果夜间睡眠时间充足，不午睡不会有损于健康。

既然很多人都有午睡的习惯，那么怎样午睡才算好呢？第一，不要饭后就睡。刚吃了午饭，胃内充满了食物，这时午睡会影响胃肠道的消化吸收。第二，应注意睡觉的姿势，最理想的姿势是平卧。而有时迫于条件限制趴在桌子上午休，这样，不但休息不好，而且有碍健康，趴坐而眠时上半身的力量全部压在头面部、胳膊和胸部。时间一久会使手臂麻木，呼吸不畅，甚至影响头面部血液供应。第三，时间不宜过长，以不超过半小时为宜，日本专家认为午睡时间最好在15～20分钟。有些人午睡时间长达3～4小时，一觉醒来已近黄昏，醒后头脑还不清醒，但一到晚上则十分精神，就再也睡不着了，严重影响了正常的睡眠节律。

由此看来，是否午睡应根据自己的习惯和条件，但有一点必须说明，失眠的病人不要午睡，因为午睡会进一步打乱本来已经紊乱的睡

眠节律。

# 12. 打盹儿正常吗

在日常生活中，经常可以看到这样的情景：安静的会场里，人们正聚精会神地听着报告，这时可能从某个角落传来阵阵鼾声，或轻或重，只见某位老兄正处于甜蜜的梦境中，不时点头，他可不是同意报告的内容，而是睡觉时的肌肉放松所致。如果报告内容乏味，则鼾声有可能由独奏演变成二重奏甚至合奏，会场情景可想而知。事实上，很多人在白天都会睡觉，有很多人还习惯午睡。那么，这种白天的睡眠正常吗？

我们把这种白天短时间的睡眠称为“打盹”。许多人都有这样的体会世界杯期间，深更半夜看球赛，白天昏昏欲睡；有段时间电视直播伊拉克战争，常常到深夜，白天颇感疲惫。这时，我们往往选择白天小睡一觉的方法，用以恢复精力。这就是人们为什么白天打盹的原因。打盹是机体对睡眠不足的一种补偿方式，打盹可以使人的体力和精力得到恢复。连续长时间工作后，打盹可能是一种较好的休息方法。长途汽车司机为什么有两位呀，目的就是让他俩交替休息，打个盹，避免发生交通事故。

一方面打盹是对机体睡眠不足的补充，另一方面也是人们的习惯使然。在某些环境、气候条件下，人们常常有打盹的习惯。如前面提到的那位老兄，安静的会场，昏暗的灯光，甚至是发言者单调机械的话语都可能使已经疲惫的人悄然入睡；夏日炎炎，尤其在午后，人们昏昏欲睡，这时小睡半小时或者哪怕是一刻钟，都可以起到不小的作用。但这种打盹的习惯是可以改变的。如果工作紧张，整天都有忙不完的事要干，你哪有时间打盹呢，这在西方尤为明显，打盹有可能打破你的饭碗。

但是，有少数人打盹可就不正常了。它可能是某种疾病的一种征兆。如果不分时间、场合打盹，你就应该注意是不是存在某种睡眠疾

病了，如发作性睡病和睡眠呼吸暂停综合征。这样说来，与其打盹，还不如打车上医院，看看医生，进行详细的检查和必要的治疗为好。

# 13. 不同年龄的人对睡眠的要求一样吗

应当承认，不同年龄的正常健康人对睡眠的要求是很不相同的。胎儿在母亲的子宫里同样也有睡眠和清醒的时刻，不过绝大多数时间是处于睡眠之中。根据胎儿脑电图的观察，ＲＥＭ睡眠占大部分时间。

出生后的新生儿每24小时要睡14～16小时，其中约一半时间处于REM 睡眠，在新生儿睡眠时我们可以很清楚地看到他们的眼球在做快速的来回活动，也正是观察到新生儿睡眠中的眼球快速活动，科学家才发现了REM 睡眠。新生儿睡眠时除了眼球快速活动之外，还可以看到他们经常紧握双拳，手指或足趾一动一动地，扮鬼脸，做微笑状等，说明他们正在做梦，可惜我们无法了解新生儿的梦境。总之，从胎儿到新生儿的睡眠脑电图来分析，以REM睡眠为主，说明REM睡眠对他们的中枢神经系统的生长和发育是十分重要的。

随着孩子的成长，到学龄前阶段，儿童的睡眠时间就缩短到12小时左右，再加午睡1小时。到青春期，睡眠进一步缩短为9～10小时，而且不再午睡。ＲＥＭ睡眠随着年龄的增长而逐渐缩短，在整夜睡眠中所占的比例也减少。一般说来，如果孩子白天机灵又快活，没有疲惫的样子，多半说明夜间睡眠已足够了。

成年人的睡眠时间平均为8小时。男女性别略有差异，男性需7～9小时，女性稍长一些，为9～10小时。话虽然这样说，男女性睡眠时间的差别实际上还得看主客观条件而定。比如在妇女的妊娠期，由于维持妊娠的内分泌激素黄体酮大量增加，妊娠妇女就会比平时睡得多些。平时妇女的睡眠也比男性为浅，易被叫醒，所以容易患失眠。到了绝经期，失眠的现象更为突出，成为更年期综合征的一大特

点。

成年人夜间睡眠结构有相应的变化， REM睡眠的总的时间继续减少，出现的周期也减少，一般只占全部夜间睡眠时间的1/6左右。

人们总认为老年人只需少量的睡眠时间就够了，这种看法并不完全正确。的确，老年人NREM III和IV期明显减少，有时甚至没有NREM III和IV期，只有NREM I和II期，而且凌晨易早醒，每夜总睡眠时间只有5~6小时。但这并不说明老年人只需要较少的睡眠时间，因为2 4小时睡眠脑电图检查发现老年人常在白天有浅睡，也许他们是以这种方式来补充夜间睡眠的不足。我们经常会发现，正在读报、看电视、听音乐的老人逐渐低下了头，闭上了眼睛，有时甚至轻轻地打鼾，流口水，这就是老年人的浅睡，他们正在弥补夜间的睡眠不足。

总之，人的一生从呱呱坠地到欢乐归阴，睡眠是绝对必需的，但睡眠的时间、结构和内容却随着年龄的增长而有相当复杂的变化。

## 14. 人的睡眠与性格有关吗

性格是人的态度和行为方面较稳定的心理特征。性格的形成，有遗传因素，但更主要的是环境因素，遗传因素决定了人的生理素质，在此基础上通过后天的学习和生活锻炼逐渐形成了性格。人们通常将性格特征分为内向型和外向型。有人研究发现：睡眠时间短的人，性格多外向，大多胸怀宽广，乐观而自信，工作积极，事业上有雄心壮志，对生活和未来充满信心；脑电图的研究证明，这种人以NREM的“深睡”和“中度睡眠”居多，虽然睡眠时间短，但睡眠质量高，白天工作效率高。而睡眠时间长的人，性格内向的居多，小心谨慎，善于思考，对事物有独特的见解，但容易多思多虑，多数人遇到困难时喜欢发牢骚，受挫折后易灰心丧气；脑电图研究发现，这种人以NREM的“浅睡”和“REM”居多。

# 15. 季节和气候也能影响睡眠吗

一年四季，春夏秋冬，周而复始，季节变化也能影响睡眠。随着春天的到来，万物复苏，白天的时间逐渐延长，黑夜时间缩短，人的睡眠时间也会较冬季有所缩短；夏季来临，天气炎热，汗流浃背，睡觉时间通常较晚，有时入睡困难，夜间还常有蚊虫叮咬，睡眠不实，易醒，睡眠质量自然不好，一般每晚能睡5~7个小时就不错了，但中午常有较长的午睡时间来弥补夜间睡眠的相对不足。秋冬季节，尤其是冬季，夜长昼短，夜间睡眠时间延长，通常每晚可以睡8~9小时。

阳光充足、天气炎热的日子，睡眠时间较短；气候恶劣的天气，如下雨或阴天，气温较低的冬季，睡眠时间相对较长。另外，还有人做过研究，认为随着地区海拔的增高，睡眠的时间稍有减少，也就是说高原居住的人较平原居住者睡眠时间稍短；随着纬度的增加，睡眠时间稍有延长，即靠近两极的人睡眠时间略有增加。

# 16. 做梦 —— 一个引人入胜却又充满玄机的话题

不管是美梦，还是噩梦，梦始终包裹着一层神秘的色彩。尽管科学家对梦已经做过不少的研究，可是迄今为止，谁也无法把梦的本质说清楚。

做梦自然和睡眠紧密地联结在一起，没有睡眠，便谈不上梦。也许有人会说，不是有一种白日梦吗?其实所谓白日梦，要么是白天真正睡着了做梦，要么只是一种幻想，更何况有些白日梦是精神病的一种表现，不能看作正常现象。所以谈梦，就不可避免地要谈睡眠。

睡眠的哪些阶段会做梦？根据睡眠多导仪检查结果， NREM睡眠IV期和REM睡眠期都会做梦，可是两种时相中做梦的情况不同，在NREM睡眠IV期做的常常是噩梦，如从高空中摔下来，掉进海里差一点淹死等。有时随着做梦，还会出现一些活动，如突然起床、穿好衣服出门、找厕所排尿、坐在床上大叫大嚷等，如果在发作时被人叫醒，他完全不能回忆梦境和活动。医师把这种情况诊断为梦游症或睡行症。在R E M睡眠期几乎眼球一有快速来回活动便在做梦，而且梦境生动、鲜明，当然不一定有逻辑性，时空观念也会颠倒、错乱。如果在REM睡眠时叫醒做梦的人，他可以较完整地回忆梦境，有时甚至复述得栩栩如生。不过回忆梦境的清晰度取决于醒来的过程是快还是慢，快醒的人回忆梦境常常是完整的，慢醒的人则多半模模糊糊。有些人一躺下就做梦，而且清楚地记得梦境，甚至半夜里醒转再睡，梦境还会继续下去，就像分段播出的电视连续剧一样。

梦境并非只有黑白灰色，许多人都能确切地记得自己曾经拥有过的华丽、鲜艳、色彩绚丽的梦，和彩色电影完全一样。实际上就是从出生就看不到物体和色彩的盲人，也会做彩色的梦。用多导睡眠仪记

录和观察盲人的睡眠情况，发现盲人的梦丝毫不少于正常健康人，而且可以清晰地说出梦中的图像和色彩。

外界事物能不能进入梦中？可以从我们自身的体验来回答这个问题。有时我们可能梦见自身在冰天雪地里长途跋涉而找不到一个庇护所，正感到身心俱寒，难以为继时，突然醒来发现蹬掉了被子，浑身赤裸地暴露在寒冷的房间里。这个例子说明了外部刺激确实能影响我们的梦。做梦可能受我们入睡之前那一段清醒时间内所遇到的事件的影响最大，不过梦境不会是那段清醒时间所经历的事件的简单重复，而是经过改变了的、糅合了自己思想和情绪的某种意境。

可能有人会说："我做的梦白天根本没有想到过，我梦见的人从来都没有见过，梦到的地方也从来没有到过，你怎么来解释呢？"是的，这就是梦的神秘所在，这里充满了玄机，也为"圆梦者"的存在提供了背景。不少人认为梦中的凶吉有预示性，如梦中从高山上摔下来，就预示你将从现在的高位上被撤职，情况是否如此?答案当然是否定的，因为绝大多数的情况并非如此，纵然有个别例子相符合，那也只是一个巧合而已。人们常常把一些偶然的巧合看作是必然的联系，赋予梦的预见性，实际上是犯了逻辑推理的错误。

那么现代心理分析之父弗洛伊德的名著《梦的解析》是不是无稽之谈呢?凡是看过这本著作的人都知道，弗洛伊德对梦的看法是基于潜意识学说，他认为潜意识中的内容经过"化妆"、"伪装"、"改头换面"等手法骗过了"内心监测者"的审查，然后浮现到梦中，因此通过对梦的阐释，剥掉包围在梦外面伪装的外壳，就能了解潜意识的内容。可是潜意识的内容又是从何而来呢？按他的说法是童年经历的凝缩、提炼而形成的情结，所以并不是空穴来风和空中楼阁，而有其一定的事实根据，只是人们早就遗忘了，唯有在梦中才重现浮现出来。当然弗洛伊德对梦的分析最终归结为性本能，这点就是在欧美等国也并不一致赞同。从最近的趋势看来，心理分析疗法就是在美国也有走下坡路的现象。

# 17. 你说梦话吗

提起“说梦话”，就如同提起“感冒”一样，男女老少无人不晓。无论是听别人说的，还是自己亲身经历过，谁都能讲述一两个说梦话的例子，谁都知道说梦话是怎么回事。但若进一步询问：人为什么会说梦话呢？说梦话是病吗？说梦话需不需要治疗呢？可能不会有许多人能答得上来了。

在睡眠医学中，说梦话被称为“梦语症”，它是指在睡眠中讲话或发出声音，清醒后本人不能够回忆的现象。这是因为睡眠中语言运动中枢单独兴奋所产生，多发生于NREM睡眠期。它可见于任何年龄和任何性别的人群，但女性比男性多见。主要表现为在睡眠中无意识地讲话、唱歌、哭笑或发出嘟囔声。梦语通常构音不清，或是一些不成文法的只言片语，可自发出现，亦可在室友或同床者对话后诱发产生。

梦语症虽然很常见，但一般预后良好，不需特殊治疗，但若为某些精神、躯体疾病的一种反应或与其他睡眠障碍合并出现，则应进行治疗。因此，如果你说梦话，最好去医院让医生帮助鉴别一下，以明确是否需要接受治疗。

# 18. 睡眠疾病知多少

睡眠疾病可以分为失眠、嗜睡、睡眠觉醒节律障碍、异常睡眠

说起睡眠疾病，好像没有多少可谈的，还不就是睡不着嘛!但这是一种误解，睡眠疾病包括的内容可真不少。失眠，睡不着是最主要的疾病，可睡得太多算不算病？睡眠时突然起床叫嚷，或是到处乱走算不算病？当然也算！所以睡眠疾病可以分成三大类：第一类是睡得太少，失眠；第二类是睡得太多，嗜睡；第三类是睡眠中出现异常行动，所谓异常睡眠。

2001年由中华精神科学会制订并通过的中国精神障碍分类和诊断标准第3版（CCMD-3）中有“非器质性睡眠障碍”一节，这是国内现行的、比较权威的分类和诊断标准。现在节录如下：

（1）失眠症：指一种以睡眠为主的睡眠质量不满意状况，其他症状均继发于失眠。失眠可引起病人焦虑、抑郁，或恐惧心理，并导致精神活动效率下降，妨碍社会功能。

（2）嗜睡症：白天睡眠过多，并非睡眠不足所致，不是药物、脑器质性疾病或躯体疾病所致，也不是某种精神障碍（如神经衰弱、抑郁症）的一部分。

（3）睡行症：通常出现在睡眠的前1/3段的深睡期，起床在室内或户外行走，或同时做些白天的常规活动，一般没有语言活动，询问也不回答，多能自动回到床上继续睡觉，次晨醒来不能回忆，多见于儿童少年。

（4）夜惊：幼儿在睡眠中突然惊叫、哭喊，伴有惊恐表情和动作，以及心率增快、呼吸急促、出汗、瞳孔扩大等自主神经兴奋症状。通常在晚间睡眠后较短时间内发作，每次发作持续1～10分钟。

（5）梦魔：从睡眠中为噩梦突然惊醒，对梦境中的恐怖内容能清晰回忆，并心有余悸。通常在晚间睡眠的后期发作。

下面我们会逐步介绍一些这类睡眠疾病的特点和治疗方法。

按失眠的定义可以将失眠分成三种形式，即入睡困难、凌晨早醒和睡眠时间缩短。

# 19. 失眠是什么

“关关雎鸠，在河之洲。窈窕淑女，君子好逑。求之不得，辗转反侧。”《诗经》的第一章十分形象地写出了一位失眠者的苦恼。这是一位多情者失恋后的失眠，失眠与心理因素有关：想着心爱的人翻来覆去，怎么也睡不着！

失眠是很常见的症状，有的学者认为失眠是一种病，也有的学者认为并不是病，只是某些尚未暴露出来或是已经出现的疾病的一种表现形式，因此，失眠的病人应该设法查清原因，进行及时而彻底的治疗。

按失眠的定义可以分成三种形式，即入睡困难、凌晨早醒和睡眠时间缩短。所谓入睡困难是指人们上床后，过30分钟尚未入睡者。因为通常上床后经过20~30分钟就应当可以睡着。凌晨早醒是指人们在睡着之后在半夜突然醒来，不能再入睡者，这种瞪着眼睛等天亮的状态是非常难受的。睡眠时间缩短是指某些人夜间总的睡眠时间少于6小时者，这是用一般人的平均睡眠时间8小时来计算的。除此之外，半夜睡眠中醒来2次以上或是睡眠中噩梦频频也应当看成为睡眠质量不高，不过不一定是失眠，只有与以上三种表现共同存在时才是失眠。

# 20. 引起失眠的原因有哪些

引起失眠的原因很多，如果归纳起来的话，可分为环境因素、躯体疾病、药物因素和心理因素四大类，不同的失眠者原因各不相同，有可能是这四类因素中的某些因素或单独或共同在起作用。

适宜的睡眠条件与环境，对于失眠者来说是非常重要的。如果居所周围工地上机器彻夜轰鸣，居室内空气污浊、阴湿寒冷，被褥睡起来也不舒服，很难想象在这种条件和环境下能够睡安稳。

各种疾病常常导致失眠，疾病引起睡眠障碍的原因有以下几点：其一，疾病总会伴有躯体的不适，这些症状往往会在夜深人静时更加明显，以至于使人在夜里辗转反侧，不能成眠。举个例子，十二指肠溃疡的病人常有夜间上腹部疼痛，这样病人很容易在夜间痛醒。其二，疾病往往能给病人造成巨大的心理负担，通过这一间接作用可造成失眠。其三，很多精神疾病本身的症状之一便是失眠，如抑郁症、焦虑症、精神分裂症等。需要说明的是，疾病所造成的失眠常与疾病伴随发生，也往往能够随疾病的好转而好转。

有些药物可影响睡眠，如中枢神经系统兴奋药、酒精等都可引起失眠。

心理因素是引起失眠的最重要又最不被重视的原因。喜怒哀乐悲恐惊，这七情中任何一种情绪的过度表达都可引起失眠，学习的紧张、工作的压力、与同事关系的不融洽、家庭成员之间的矛盾、夫妻关系的不和以及意外事件所造成的心理伤害都会造成失眠。心理因素可导致失眠，反过来失眠又会影响人的情绪和心理状况，引起焦虑、紧张、担心、情绪不稳，这些情绪反过来又会加重失眠，从而走入了怪圈。由此看来，心理因素不仅可引起失眠，而且还会加重失眠，在长期失眠者中，几乎毫无例外的都有心理因素的参与。

# 21. 你知道“世界睡眠日”吗

为唤起世界各国人们对睡眠重要性和睡眠质量的重视，在世界卫生组织（WHO）的赞助下，国际精神卫生和神经科学基金会于2001年发起的“全球睡眠与健康计划”将每年的3月21日定为“世界睡眠日”，并每年确定一个主题。今年的3月21日是第十个“世界睡眠日”。请大家关注今年的世界睡眠日的主题。

# 22. 有自己评价睡眠障碍的方法吗

自测雅典失眠量表（AIS）是一种睡眠自评工具。根据自身情况，在符合的选项上打√，自己记录上个月中每周经历至少3次的项目。

睡眠自测雅典失眠量表（AIS）

| 睡眠延迟（熄灯后到入睡之间的时间） | | | |
|---|---|---|---|
| 0：没有问题 | 1：轻微 | 2：明显 | 3：显著或基本没睡 |
| 夜间睡眠中断 | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微 | 2：明显 | 3：显著或基本没睡 |
| 早醒 | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微 | 2：明显 | 3：显著或基本没睡 |
| 总睡眠时间 | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微不足 | 2：明显不足 | 3：显著不足或基本没睡 |
| 对总体睡眠质量评价（不论睡眠时间长短） | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微不满 | 2：明显不满 | 3：极度不满 |
| 白天功能影响（身体与心理） | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微影响 | 2：明显影响 | 3：显著影响 |
| 白天睡意 | | | |
| 0：没有问题 | 1：轻微 | 2：明显 | 3：强烈 |

（Jorunal of Psychosomatic Reserch，2000， 48：555-560）

# 23. 越担心睡不着越难以入睡是怎么回事

生活中有时可听到如下抱怨：为什么我一躺在床上准备就寝就开始担心，而且越“努力”让自己睡着，头脑反而越清醒，但是在看电视或读报时却又总打瞌睡？其实这是一种病态，医学上称为心理生理性失眠或学得性失眠，是失眠的一种类型。

心理生理性失眠多见于中年女性，常由情绪冲动、旅行时差或短期住院等因素诱发。由于过分关注睡眠问题，导致躯体紧张与激动，从而最终引起入睡困难。典型患者常具有“颠倒的首夜效应”，即与睡眠正常者在陌生环境中首夜睡眠变差的现象相反，他们在熟悉的卧室或常规环境中可整夜睡不着，而在陌生的旅馆、起居室的长沙发上或睡眠实验室内却能睡得鼾声如雷。这类患者尽管对于失眠问题非常痛苦，却常闹不清引起失眠的原因是什么，因此很难得到正规治疗，常自行服用镇静药或酒精等对抗失眠，最终引起镇静药过量、依赖、成瘾或酗酒，给健康带来不利影响。

多导睡眠仪检查是诊断心理生理性失眠的重要手段，主要表现为睡眠潜伏期延长、睡眠效率下降、觉醒次数和持续时间增多等。

培养良好的睡眠卫生习惯是治疗心理生理性失眠的首要方法，此外，国外有学者提出，对这类患者辅以光疗，有时可取得意想不到的临床疗效。有关如何培养睡眠卫生习惯及光疗的具体内容我们将在后面陆续谈到。

# 24. 自己觉得失眠就一定患有失眠吗

培养良好的睡眠卫生习惯是治疗心理生理性失眠的首要方法

你有过这种情况吗：自己总认为患有失眠，而且白天确实感觉没精神，但是家人却认为你睡眠很正常。如果你存在上述这种情况，非常不幸，你可能患上了“主观性失眠”。

主观性失眠，是失眠的另一种类型，又称为“睡眠状态感知不良”或“假性失眠”，它是指患者虽然主诉失眠或白天过度思睡，但并无睡眠紊乱的客观证据。可见于任何年龄，女性较为多见。大多数患者由于把在睡眠过程中发生的精神活动错误地判断为是处于觉醒状态时出现的感觉而发病，少数患者则因不能准确估计睡眠时间而认为自己睡眠不足。该类患者常因得不到有效治疗而并发焦虑或抑郁，或因不适当地应用催眠药物而出现药物依赖。

如果对这类患者进行多导睡眠仪检查，可发现其睡眠正常，且客观记录的睡眠参数与患者主诉的睡眠总时间和睡眠质量相差甚远，因此，在有条件做多导睡眠仪检查的医院对诊断主观性失眠可以说是百发百中。

由于主观性失眠的患者较少，目前尚未找到有效治疗方法，心理行为治疗会有一定的帮助。

# 25. 世界上有从小就患失眠的人吗

一提起失眠，大家肯定认为只有成年人才会有，其实不然，有一类患者出生后即可出现失眠，而且终生无法获得充足的睡眠，医学上将这种疾病称为“特发性失眠”、“儿童期起病的失眠”或“终生失眠”。

特发性失眠是一种较少见的疾病，病因至今并不十分清楚，少数患者具有遗传倾向。多数学者认为特发性失眠可能与神经系统对睡眠觉醒系统的调控异常有关。一般认为，睡眠觉醒中枢包括睡眠中枢和觉醒中枢两个部分，特发性失眠即是由于觉醒中枢兴奋性过高或睡眠中枢兴奋性过低所致。

除不能入睡、觉醒次数增多或早醒等睡眠紊乱的症状外，特发性失眠患者还因慢性睡眠不良而常具有日间功能低下的表现，严重者甚至无法坚持工作。少数患者在儿童期或青少年期可并发神经系统症状，如诵读困难或运动功能亢进等，脑电图检查常有异常表现。此外，该类患者常因过量饮酒、服用催眠药物以诱导睡眠而并发酗酒和药物成瘾。

与心理生理性失眠和主观性失眠不同，特发性失眠患者应接受药物治疗。但由于引起儿童失眠的因素较多且不正规的药物治疗易导致药物成瘾，因此，若发现自己的孩子有失眠时，切不可自行诊断及用药，应到医院就诊，在医生的指导下进行有效治疗。

# 26. 什么是假失眠

在众多因“失眠”而就诊的人中，有些人是真正的患有失眠症，而另一些人则属于睡眠正常范围的变动或假失眠。那么，哪些“失眠”是假失眠呢?

一是把每天睡眠时间低于8小时即认为是失眠。要知道，睡眠时间随年龄增长而逐渐减少。学龄儿童需要10～12小时，青少年需8～9小时，成年人需7～8小时，而老年人只要6～7小时就够了。而且每个人对睡眠时间的需求量个体差异也很大，有的人把一昼夜的一半时间用于睡觉，也有的人每昼夜只需3～4小时就足够了。衡量正常睡眠时间要以本人平时的睡眠习惯作为衡量标准。例如一个平常每晚睡9小时的人，如果只睡6小时就会产生失眠感觉；反之，一个平常习惯于每晚只睡5小时的人，只要他本人感到自己睡够了，疲劳恢复了，那就是正常的睡眠。绝不能因为少于大多数人的平均睡眠时间而称之为失眠。

二是把正常范围内的变动，当作失眠。例如老年人与年轻时相比，睡眠时间减少，睡眠深度变浅，夜间觉醒次数和时间增加，早晨也醒得较早，这是正常的。又如，外界环境因素和精神刺激引起的暂时失眠，是人体的正常反应，过一段时间后即可恢复正常。此外，睡眠环境极差，如蚊虫叮咬、光线过强、噪音过大等，均可干扰睡眠。有上述情况者，最主要的是消除思想顾虑，积极排除和减弱这些干扰因素。如果这些干扰因素过强或持续时间过久，或者处理不当，对失眠产生恐惧心理，以致形成恶性循环，则有可能发展为失眠症。

三是自我感觉上的错误。有些人主诉自己睡觉不好，但实际上睡眠很好。当他睡着之后，有人把他搬到另外一个床铺上，或在他脸上画了“眼圈”，他都不知道，这时把他推醒后，他坚持说“根本没睡着”，问他眼睛周围的圈圈从何而来，他无言以对，但仍坚持说未睡觉，

有人称为“主观性失眠”。

对于假失眠病人主要是让他们认识到自己睡眠正常，症状就会随之消失，不必使用镇静催眠药。

# 27. 失眠者为什么多梦

经常听到有人说："昨晚没休息好，做了一夜的梦"、"我夜夜梦多，简直就没有睡"，于是，白天工作、学习精力不足。仿佛梦真的耽误了休息，其实这种看法是错误的。做梦并能回忆梦境并不是睡眠不深的标志，也不能说做了梦就夜间没有睡好，因为不管你有无梦的回忆和梦感，你每晚上都必定要做4～5回梦，说整夜做梦是夸张，说没有做梦也不现实。国内外学者都对整夜做梦或梦多的慢性失眠患者做过多导睡眠脑电图，结果发现"梦多"、"整夜做梦"的病人的睡眠周期和正常人没有什么差别，其伴有梦的REM所占的比例和实际时间也没有明显缩短或延长；心理测验发现，这类体验同性格有关。临床观察及实验结果都证明，长期失眠患者的主诉是不可靠的，有心理紊乱现象，失眠者往往对入睡困难估计过高，而对总的实际睡眠时间估计过低。实际上，梦是REM的必然生理现象，而梦感则是醒后对梦中某些情节的回忆，或只留有曾做过梦的印象，却记不清楚梦的内容。主诉失眠伴多梦所说的梦实际是指梦感，与情绪因素和性格特点有关，失眠与梦感无必然联系，因而多梦不是判断失眠和失眠程度的客观指标。那么，为什么总会有人诉说"整夜做梦或梦多"呢？因为：

（1）许多人对睡眠知识及睡眠与梦感的关系知道得很少，不了解睡眠的周期交替变化，不知道梦在睡眠中的地位、在生理上的作用，以及梦与梦感的区别。许多人对梦有恐惧感，认为做梦影响了睡眠。

（2）许多人不知道"做梦多"与人的情绪状态有关，他们对情绪障碍缺乏认识，不认为是病，又过分注重情绪障碍伴发的失眠、多梦、疼痛等症状，不知道如何调节和改善自己的情绪，从而夸大了不太客观的体验。

（3）对自己的健康过分关心，不知道梦与梦感没有副作用，过

分关注梦感，导致梦感增强，又加重了对失眠的恐惧，以致形成恶性循环。

（4）有些人在R E M期中醒来或紧接着R E M期之后醒来，致使对梦境的回忆程度增高。

（5）个体功能状态差异。每个人的梦感不同，同一个人在不同的时期，功能状态有别，对梦感的程度也会不同。所以，有时感到梦多，有时感到梦少。失眠和梦感没有必然的联系。“整夜做梦”确实是自我感觉，绝不是有意捏造的。但感觉也可以出现错觉，因为不同的功能状态导致梦感不同，不能准确地反映客观事实。

# 28. 失眠者为什么容易健忘

健忘是指人记忆力减退，是人体智能活动障碍的一种表现，可由许多疾病引起，如脑血管病、帕金森病、一氧化碳中毒、脑外伤等都可引起健忘，表现为近期或远期记忆力减退、易忘事、注意力不集中等。

在短暂性失眠或失眠症早期，常无健忘症状。而当长期失眠，或失眠症状严重时就会出现健忘。长期失眠病人常常诉说自己记忆力减退，做事丢三落四，常常记不清物品放在什么地方，想不起来与自己很熟的人的名字，记不住上课时老师讲的内容，看完一本书后觉得脑袋里空空的，没什么印象。与脑子里有破坏性病变的记忆障碍不同，失眠病人的健忘症状主要是由注意力不集中、精神疲乏、缺乏兴趣所致；而脑子里有破坏性病变的人根本不能将识记对象保存在大脑里，因而也就无法回忆起来。需要特别指出的是，失眠引起的健忘一般程度轻，更不会进展到痴呆，而且它是暂时性的，是完全可以恢复的，可以随着睡眠状况的好转而好转，对此不必过分担心。

失眠导致健忘的原因有三点：

（1）由于大脑长期处于弱兴奋状态，容易疲劳，因而很多活动不能持久，学习时间稍长就容易走神。

（2）病人注意力和记忆力常集中在自己的病情和几件特别引起自己烦恼的事情上，常在这上面兜圈子，思想固执，容易钻牛角尖，因而不能将注意力集中在学习和工作上。

（3）对于病情的不利解释，病人常念念不忘，甚至达到不能摆脱的地步，从而抑制了对其他事物的注意力。

失眠和健忘本质虽不一样，但两者常同时存在，并且可以互相影响，失眠可导致和加重健忘，健忘也会间接地加重失眠。

# 29. 饮食和失眠有关系吗

饮食影响睡眠，过饱或过饥均不利于睡眠

这个题目似乎扯得远了些，难道吃东西也和睡眠有关？确实有关。俗话说“饭吃七分饱”，这并非没有道理，过饱或过饥都不利于睡眠，晚餐吃得过饱会使人难以入眠，饥饿的人们想克服饥饿的感觉而进入梦乡也是很困难的。

现在有些人由于工作需要几乎每晚都要出席宴会，宴会上觥筹交错，味美肴佳，倘若每晚都饱餐而归，时间久了就会出现失眠症状。有些人是入睡困难，在床上躺一两个小时难以入眠。更多的人是睡眠不实，常在半夜里莫名其妙地醒转来，而且再也难以入睡。这些症状符合现代医学的失眠症，而且直接与饮食过饱有关。祖国传统医学也认为：“胃不和则卧不安”，“饮食过度，食不消化，郁而化火，热扰心神”。看来晚间饮食过饱造成失眠，中西医的看法相当一致。

如果仔细分析一下饮食的成分就不难看出为什么会失眠。首先是饮料，晚宴上假使有咖啡、浓茶，这些都属于中枢神经系统的兴奋剂，有些人喜欢喝可口可乐或百事可乐，这类饮料中也含有咖啡因，同样也是中枢神经的兴奋剂，都会引起失眠。其次，在吃了过量的高蛋白、高脂肪、高碳水化合物的食物之后，胃肠道的工作量增加了，本该休息的胃肠道不得不加班加点才能把多余的营养物质消化掉，万一消化不完全，就会产生过量的气体和食物残渣，产生腹胀和便意，结果影响睡眠的质量。第三，食物中的调味品不少，如果食盐吃得过多，会发生“一过性钠中毒”，也会使中枢神经系统的兴奋性增高，导致失眠。当然对高血压病人来讲还有另一重危险性，那就是使血压更高，容易产生心、脑血管病。食物中的味精（学名：谷氨酸钠）虽然使菜肴更鲜美可口，但有少数人会发生过敏反应，如身上痒、面部潮红、气短、憋气，这些也能引起失眠。

相反，饿着肚子的时候也照样睡不着，即使勉强睡着了，也常常因饥肠辘辘而醒来。为什么饥饿的时候也睡不着呢？因为胃排空后会形成所谓的“饥饿状态”，而饥饿所产生的不适感会上传至大脑，另外，饥饿时血糖降低，血糖降低的信号也会传至脑部，从而引起睡眠困难。目前，瘦是一种时尚，一些人过分追求苗条，为此过度节食，每餐进食很少，甚至干脆饿着肚子，这样体重虽然减了下去，却出现了睡眠困难，甚至失眠，结果严重影响身体健康和正常的工作学习，得不偿失。

由此看来，过饱、饥饿、不适当的减肥节食都可影响睡眠，导致失眠。

# 30. 食物过敏与失眠有关吗

乍一看到这个题目，你可能觉得有些困惑，这明明是两件风马牛不相及的事情，但是，在睡眠医学中，确实有一种疾病将这两者联系在了一起，称为“食物过敏性失眠”。

食物过敏性失眠是指由于机体对某种食物产生过敏反应而引起的入睡困难和睡眠维持障碍。主要是由于患者对食物耐受性差，产生急性过敏反应所致。常见的食物过敏原有牛奶、鱼类和蛋类。多见于2岁以内的儿童。起病较急，常表现为在摄入某种特殊食物后不久即出现入睡困难和频繁觉醒，同时可伴有食物过敏的其他症状，如皮肤瘙痒、呼吸困难或胃肠道不适等。还可出现哭泣、情绪不稳、行为激越或白天懒散等精神症状。

本病常开始于婴儿期，至2～3岁时多可自行缓解，预后较好。治疗上应以预防为主，尽量避免摄入以前曾经导致过过敏的食物，必要时，可在专科医生的指导下进行系统脱敏治疗。对于过敏症状严重者，可适当应用抗组胺类药物或去甲肾上腺素，前者除抗过敏外，还可通过其镇静作用，在晚上服用以改善睡眠。

# 31. 刺激性饮料怎么会引起失眠

茶、咖啡和可可等刺激性饮料影响你的睡眠，不利于入睡

所谓刺激性饮料主要是指对大脑有兴奋作用的饮料，最有名的为茶、咖啡和可可，这些是世界各国人民都喜欢的饮料，而在这些饮料中都或多或少地含有咖啡因。咖啡因是一种很好的大脑兴奋剂，可是大量服用势必会兴奋大脑引起失眠。

我们不妨来看看各种饮料中咖啡因的大致含量：茶不论是茶叶还是袋茶，绿茶还是红茶，都含有咖啡因，一杯茶中含量为30～100毫克；一杯煮的咖啡（用咖啡豆磨碎后用火煮）含90～140毫克；用开水沏出的速溶咖啡，含66～100毫克；热饮巧克力（也称可可茶）含5～50毫克；一条中等大小巧克力含25～35毫克；一罐百事可乐含25～50毫克；等等。

咖啡因会全面兴奋大脑，使人提高注意力，增强记忆，思路加快，工作和学习效率提高，这也就是为什么茶、咖啡、可可等饮料受人欢迎的原因。有人测定，每人每天咖啡因最大摄入量为200毫克左右，如果超出这个量，有可能造成咖啡因急性中毒。

咖啡因急性中毒的表现有：烦躁不安、易激惹、发脾气、失眠、面色潮红、多尿、胃肠道不适、心动过速、话多、易冲动、肌肉颤抖等等，这时需医师急诊处理。

咖啡因实际上还有一个更严重的问题，那便是成瘾性，不少人习惯于饮用大量浓茶和咖啡，一旦停止饮用，就会发生戒断症状，这时人变得疲乏无力、脑力迟钝、注意力不集中、记忆力差、工作和学习效率下降、头痛、头晕等，十分难受，需1周左右才能逐步好转。所以刺激性饮料的饮用宜适可而止，不要过量。

# 32. 酒精和睡眠障碍有什么关系

我国是世界上最早知道酿酒的国家之一，相传夏朝就已开始酿酒。在漫长的历史长河中，形成了很有特色的酒文化。但是不论是白酒、果酒、黄酒，还是米酒、高粱酒、地瓜酒、葡萄酒，万变不离其宗，其中都含有酒精。

酒精，化学名叫乙醇，由粮食或果料发酵而得，有特殊的香味。但最令人难忘的是饮酒以后中枢神经系统的变化。在宴会上，宾主觥筹交错，酒精进入体内，很快便被胃吸收而进入血液中，随后跟着血液流遍全身，其中最重要的内脏是脑和肝。少量饮酒后，小量的酒精对中枢神经系统（脑）产生兴奋作用，于是，酒席中话就多了起来，原先不善辞令的主人这时会频频劝酒，而拙于应答的客人也会酣畅淋漓应酬，彼此喝得愉快和融洽，会使人感到相见恨晚。然而，在这种情况下无论如何也会睡不着的，所以小剂量酒精足以使人产生失眠。

如果谈兴甚浓，酒意也酣，那么接着喝下去，此时此刻，脑子就会发生一些变化，那就是小脑的功能失控了，饮者说话不清楚，手拿杯子不稳，走路摇摇晃晃，医学上称为共济失调。大脑的功能也有变化：脾气急躁、容易发火、好挑刺，这个时期比较危险，所谓酒后出事往往出在这个时期，如驾驶车辆闯祸，一言不合就吵架、斗殴，甚至毁物、伤人。

再往下喝，大脑就挺不住了，进入抑制期：人昏昏沉沉进入梦乡，如果喝酒过度，还会昏迷不醒，这是很危险的。

可见饮酒和睡眠有密切的关系，这只是指急性饮酒或是一次性过量饮酒造成的睡眠障碍。

如果长期大量饮酒还可引起酒精依赖性睡眠障碍，这种睡眠障碍主要与酒精滥用导致的耐受性、依赖性和戒断症状有关。多见于40岁

以上的中年男女，患者最初常有入睡困难，试图借助酒精帮助入睡，多在上床入睡前3～4小时饮酒，起初，的确能达到改善入睡的目的，但随着时间的推移，酒精对睡眠的诱导作用逐渐减弱，此时，便可产生不易察觉的戒断症状，如睡梦中突然醒来、出汗、头痛和口干等，进而可继发与酒精相关的睡眠维持障碍。如果突然停止饮酒，还可产生严重失眠、夜间频繁觉醒。少数患者可出现心理性酒精依赖，即认为只要持续地每晚饮酒，才不会出现睡眠障碍。治疗上应以采用心理、行为等各种戒酒方法为主，对睡眠障碍，可在医生的指导下适当应用一些催眠药物，但服药时间应与饮酒时间严格分开，一般饮酒后3～4小时内原则上不宜使用催眠药物，而且应严格控制催眠药物的使用时间，不宜长期使用，以免产生新的依赖。

# 33. 吸烟能影响睡眠吗

有人对吸烟与不吸烟者做了一个研究，发现吸烟者晚上从上床到入睡的时间比不吸烟者延长18.8分钟，而在戒烟5天后，夜间醒着的时间平均缩短45.6分钟。由此看来，吸烟确能导致失眠。为什么吸烟会影响睡眠呢？原来，各种烟草都含尼古丁，研究发现，小剂量尼古丁有轻度的镇静和放松作用，但高浓度尼古丁的作用类似于咖啡因，具有兴奋作用，可增加肾上腺素的释放，刺激中枢神经系统，起到唤醒的作用，增强警觉度，使人难以入睡，夜间易醒。吸烟严重者，在午夜可因出现戒断症状而醒来。

另外，由于烟对呼吸道的刺激，使呼吸道黏膜受损，造成炎症、水肿、分泌物增加，常可引起夜间的剧烈咳嗽，使夜间咳醒或憋醒，从而影响睡眠。长期吸烟者，其慢性支气管炎、肺气肿、肺心病的发病率明显增加，这些病的特点就是咳嗽、咳痰、喘憋，尤其在夜间明显，会严重影响睡眠。

# 34. 人体内有没有一个“唤醒”系统

我们不少人在日常生活中都有过这样的经历：平时生活较有规律，每天晚上几点钟睡觉，第二天几点钟起床，时间一长根本不用上闹钟，到第二天就会准时起来。如果头天有事晚上稍微晚点睡觉，可是到第二天早上还是会按平时起床的时间醒来，比上闹钟还准。如果第二天早上要赶火车、飞机或是外出旅游，不用上闹钟也会提前醒来，这种类似闹钟的“唤醒”系统是天生的吗？有没有科学依据呢？

德国科学家对15名年龄25岁的志愿受试者做了3个晚上的睡眠试验。在其中两个晚上，志愿者在睡觉前被告知第二天将在9点钟起床，可是研究人员却“突然袭击”提前3小时把他们叫醒，测血中激素含量，发现增高并持续了15分钟。到第3个晚上，志愿者在睡觉时被告知第二天是6点钟起床，结果血中激素在早5点钟就已经增高了。这个结果说明这种激素和人的紧张有关，激素在人醒来之前显著增多，表明人在睡眠过程中都对早上醒来这一事件具有“警觉”意识，这种“警觉”意识使人产生紧张感，很可能是人能准点起床的原因。现在已经查明，这种激素属肾上腺皮质激素。

过去的研究一直认为，人的清醒和睡眠周期是依靠生物钟来调节的，生物钟和褪黑激素可能有密切关系。目前这项研究表明，人体内可能还存在另一套可以根据环境变化而调整时间的“闹钟”系统。人在睡眠中大脑的某一部分很可能仍保留意识，这一部位正是控制“闹钟”系统的关键所在。现在科学研究已经表明这个部位很可能是位于脑干内视神经的上方的核团，称为视上核。视上核能够调节睡眠和觉醒的关系，如果破坏这个核团，动物的睡眠和觉醒将极其紊乱。当然，对人体的观察还需要相当一段时间才能最终确定。

# 35. 为什么要强调睡眠作息制度

坚持良好的睡眠作息制度，保证睡眠质量

中国有句古话叫“日出而作，日落而息”，是指人的一天活动是随太阳的升起和下降而定的。虽然古人并不了解人体内部的生理规律，但根据“天人合一”的想法得出这个规律也是很了不起的。现代医学强调身体生理活动的昼夜规律，在一天24小时内，某些器官的活动在白天最突出，到夜间就休息了；而另一些器官却在夜间活动，到白天相反地休息了。这种器官自我调节的生理活动保证了人体各部分的需求，相互之间不会撞车，也不会产生空当。睡眠也属于其中之一。

根据现代医学的研究，睡眠和光照有密切的关系，而光照与人体内褪黑激素的分泌有关。褪黑激素都是由松果体（位于脑内的一个腺体）合成的，白天脑内把褪黑激素的前体贮存起来，一到晚上，这些前体就由许多酶的作用加工变成褪黑激素，并迅速进入血液和脑脊液中，数量可达10倍以上。褪黑激素的主要功能是加速人的睡眠过程，使人很快入睡。可见光照会破坏睡眠过程，而黑夜则加速睡眠过程，这是由体内物质作为生理基础的。

如果我们坚持良好的睡眠作息制度，定时起床，定时休息，那么身体内的生理性物质到时候就会自动调节，让人轻松入睡。相反，如果我们经常打乱睡眠规律，如开夜车，打整夜麻将、看整夜电影、跳一夜舞等，偶尔一次还行，长期这样做，就会破坏原有的睡眠规律。等到你想按正常睡眠作息时间进行就不太可能了，因为习惯于夜间兴奋、活动的人身体内的生理性物质已经适应了另一种变化，想回到正常的睡眠节律就需要有一段重新适应的时间，这样就难免会造成失眠。

所以讲究睡眠卫生的人们很强调正常的睡眠作息制度，不轻易地

改变它，甚至在节假日也一如既往。

# 36. 经常熬夜为什么要不得

我们可能都有这样的经历：为了应付一场考试或有一项重要的工作需尽快完成，常常会加班加点，挑灯夜战，一直熬到深夜。短时间的熬夜，只要进行适当的休息，睡眠就会很快恢复，对身体并没有什么影响。但如果长期熬夜，而白天又没有充分地休息，则很容易引起全身疲劳、注意力不集中、反应迟钝、情绪不稳，白天即使勉强能坚持工作学习，也效率低下。长期发展下去，还影响了正常的睡眠-觉醒周期，不熬夜时晚上也睡不着，变成该睡的时候没法睡。另外，脑电图的研究发现，连续熬夜后人的睡眠模式会发生改变： REM的次数增多并且时间延长，使REM时间占睡眠总时间的比例显著增加，由原来的20%左右增加到40%以上，由于REM与梦有关，因此经常开夜车的人会觉得整夜都在做梦。

对于青少年来说，长期熬夜的另一个坏处是影响其生长发育。因为人体的各种激素特别是生长激素通常在夜间睡眠时分泌，主要是在NREM时分泌，而长期熬夜的人的NREM时间缩短，其结果是导致生长激素分泌的减少，从而影响青少年的生长发育。

由此看来，经常开夜车是要不得的。与其熬夜到深夜，倒不如头一天晚上早点睡觉，第二天早点起床，保持清醒的头脑去看书，去工作，这样会更有效率。

# 37. 时差为何会引起失眠

第一次出国访问的人一定深刻体会到时差对睡眠的影响。比如去美国，如果上午飞机起飞，到下午天就黑了，而到晚上天又逐渐亮了，等下飞机时正好是习惯于上床之时，可当地却正是清晨，如何能入睡呢？所以，访美的第一关应当是时差关。

人们长期以来就形成了一套适应环境的规律，如何时醒转、何时起床、何时工作、何时睡眠都是相对固定的。神经系统、内分泌系统、免疫系统以及其他的内脏器官为了适应环境而进行协调和控制，使人体能适应环境的变化，医学上称为生物钟。生物钟究竟是什么现在还不清楚，但科学家发现同太阳的升起和下落有很大的关系，使人体适应太阳出没的物质是褪黑激素，这是松果体分泌的物质之一，与白昼与黑夜的节律相适应是它的主要功能。

所谓时差现在已经搞清楚，就是原来相对稳定的生物钟的节奏被打乱了，如原来该活动的时间现在却要睡觉，而原来该睡觉的时间现在却要上班，这样失眠就不可避免了。适应能力强的人在一两天内就能建立起新的生活节奏，把生物钟调整好，以适应新的生活环境；可怜的是有些适应能力差的人，也许要调整十来天，甚至一个月才能重新建立起新的生活节奏，这段时间对他们来讲简直是灾难性的。他们白天昏昏沉沉，头脑不清醒，工作效率低下，可是到晚上，却精神陡长，头脑清醒，不能入睡。

看来克服时差给人体带来的影响，要预先做好准备。如坐上飞机就要开始适应目的地的生活作息制度，在飞机上尽量设法入睡，也可以服用一些超短效的催眠药等，以免到了目的地后不适应。

# 38. 如何治疗由于时差导致的失眠

时差是由于原来相对稳定的生物钟节律被打乱了，比如坐飞机作长途旅行把原有的睡眠作息时间搞乱了，该睡觉的时间不能睡，而该醒的时间又非睡不可，结果导致严重的失眠。

治疗的方法是用生理性的办法来矫正，因为褪黑激素和太阳的出没有关，所以很多学者建议用褪黑激素来调整。具体的做法是：如果飞机由西向东飞，因为西方的白天正好是东方的黑夜，所以建议在飞机上服用褪黑激素3mg帮助入睡，强迫自己适应东方的睡眠习惯；相反，如果飞机是由东向西方飞，因为东方的黑夜正好是西方的白天，所以不建议在飞机上服药，而是到了西方后正值黑夜，就服药按西方的睡眠时间休息，这样做比较容易适应时差。当然每个人对时差的适应能力不同，年轻人相对容易适应些，老年人就相对难些。

对实在困难的时差反应，现在有些学者建议不管是由西向东飞行还是由东向西飞行，在飞机上就开始服短半衰期的药物，如唑吡坦（思诺思）5~10mg，在飞机上入睡，而到了目的地之后，服用中枢兴奋药莫达非尼使人兴奋，用这种方法来调整时差效果较好，而且时间短暂，不必长期用药。

# 39. 睡眠环境变化会引起失眠吗

双休日找一个山青水秀、景色宜人的旅游景点去放松一下是现代都市人的向往，可是有些人到了夜晚，尽管夜深人静，无车响人声，也无灯光噪音，却了无睡意，躺了2～3小时，头脑反而越来越清醒，岂非咄咄怪事！

其实说怪也并不怪，因为居住环境对人们的睡眠实在是太重要了，一个人总是习惯于自己熟悉的睡眠环境。在熟悉的环境里，身体的触觉、嗅觉、听觉、视觉等感觉都恰到好处，毫无隔阂，因而躺在床上很快就能入睡。如果睡眠环境变化了，哪一部分的感觉不适应了都会造成失眠的后果。

这种例子可以说是不胜枚举的，比如在家里哪怕附近有铁道，夜间频频驶过的火车隆隆声，甚至鸣叫的汽笛声，都不会把人吵醒；可是当你睡在宾馆里，就是卫生间水管中漏水的滴答声、空调的咝咝声、暖壶里发出的小噪音都会使你不得安宁、焦虑不安、难以入睡。这是听觉不适应的例子。触觉的不适应也很突出，在家里，床铺不论是软是硬，枕头芯不管是羽绒的还是荞麦皮的，被子可以是厚是薄，都不会影响入睡；可是在宾馆里，尽管枕头十分柔软，床铺整洁平滑，毛毯细软轻柔，睡在床上总觉得不是太冷就是太热，不是太软就是太硬，不是太薄就是太厚，这种触觉和家里全然不同，结果就造成了失眠。

当然这种现象仅发生在很少一部分人身上，但是年龄偏大的、神经类型不太稳定的、平时比较容易兴奋的人就得多加注意，至少在双休日准备外出旅游之前应当有个思想准备，这样才会享受一个真正松弛的、愉快的假期。

# 40.“三班倒”缘何引起失眠

小王是纺织厂的女工，在纺织车间已经工作8年，每天习惯于织布机嘈杂的吵闹声，可是“三班倒”的工作制度却成了她的心病。她必须第一个星期上白班，从早上8点到下午4点，第二个星期上小夜班，从下午4点到晚上1 2点，第三个星期上大夜班，从晚上12点到早上8点，然后再重复一遍。虽说有休息日，可不一定是星期六或星期日，所以她第一个星期早上6点半就得起床，第二个星期要半夜1点才能回家，而第三个星期则必须在白天睡觉。由于睡眠时间颠三倒四，她逐渐感到很疲劳， 8年下来，在上了大夜班之后，她觉得很难在白天入睡，后来就是上小夜班回家后也不能很快入眠，慢慢患上了失眠症。

这种因为作息制度的经常变动而引起的失眠并不少见，凡是需要上夜班或熬夜工作的人们都有可能患病。像护士、医师、纺织工人、化工厂工人、炼钢工人、演员、导演、飞机驾驶员、空中小姐、记者、编辑等工作岗位的人员都不乏失眠的病人。究竟是什么原因造成失眠的呢？生物钟的紊乱无疑的是主要原因。所谓生物钟，是松果体分泌的褪黑激素使人体为了适应太阳出没而形成的生物节律，其中最突出的表现是“日出而作，日落而息”，也就是太阳升起时，人体就开始兴奋，适应工作的需要，而当太阳落山时，人体就开始抑制，适应休息或睡眠的需要。“三班倒”或上夜班或长期熬夜的工作人员其生物钟违背了正常的规律，久而久之，就产生了失眠。可见长期的“三班倒”，长期上夜班或是经常熬夜的工作，对人体确实有不利的影响。

# 41. 你的宝宝有不良的入睡习惯吗

曾经有位朋友向我讲过这样一件事情：她有一个小侄子，还在上幼儿园，小家伙长得虎头虎脑，甚是可爱，可就是有个小毛病，晚上睡觉时嘴里必须咬一条小毛巾，而且是一条固定的破烂不堪的毛巾，据说从小就是咬着这条毛巾睡觉的，否则就难以入睡。仔细询问，原来小家伙在婴儿时，父母无意间发现只要让他嘴里咬一条小毛巾，他就不哭不闹，并能很快入睡，于是父母好像发现了新大陆般高兴，只要宝宝哭闹不睡觉，就给条小毛巾，自己也可忙里偷闲，稍稍歇口气，久而久之，宝宝就养成了这个坏习惯。其实，在睡眠医学中认为这是一种睡眠疾病，称为“入睡相关性障碍”，应当给予治疗。

入睡相关性障碍是指在入睡时由于缺乏某种明确的与睡眠本不相关的因素而发生入睡困难的现象。多见于3岁以下的儿童，主要表现为到了应当睡眠的时候，当某些已经习惯形成的能够诱导入睡的相关因素存在时，患儿就可迅速入睡，否则便发生入睡困难或夜间醒后再度入睡延迟。这些能够诱导患儿入睡的相关因素常见的有入睡时喂奶、吸吮橡皮奶嘴、由照料者拍背、摇动、讲故事等。由于入睡相关条件常常有照料者参与，由此可能引发照料者失眠、情绪激动或受挫感，甚至引起家庭关系紧张，影响家庭成员与患儿的相互交流，对患儿的呵护也减少了温馨和亲切感，而患儿若长期得不到满意的入睡相关条件时，也可因睡眠不足而出现情绪易激惹和易发脾气。

由于本病的发生与照料者不恰当的照顾密切相关，因此在治疗时，原则上应以预防照料者在患儿6个月以前建立不良的入睡相关习惯为主，若不良习惯已经形成，可采用心理治疗或行为治疗的方法，消除患儿对入睡相关条件所建立起来的“条件反射”。原则上不宜采用药物治疗，但若患儿伴有明显的情绪障碍或强迫行为时，可在医生的指导下适当应用一些药物。

# 42. 不适当地强制儿童就寝会引起睡眠障碍吗

如果你已为人父母，孩子还在上幼儿园，你也许会碰到这种情况：宝宝以前睡眠情况良好，而近来一到晚上该上床睡觉时，不是闹着要喝水就是要求讲故事，想尽各种方法拖延上床时间，无论怎样哄劝都无济于事，只有发脾气、大声训斥才能让宝宝安静入睡，每天如此，结果不仅大人觉得精疲力竭，重要的是，由于每晚不能正常就寝，宝宝长期睡眠不足，严重时可影响生长发育。在睡眠医学中将儿童的这种现象称为“强制入睡性睡眠障碍”。

强制入睡性睡眠障碍是一种源于儿童期的睡眠障碍，是指由于照料者不适当地强迫儿童就寝，结果导致即使在到达就寝时间，儿童也拖延或拒绝上床睡觉，最终引起患儿入睡延迟、睡眠不足，部分患儿可由此继发情绪不稳、烦躁、易激惹、注意力不集中、学习成绩下降、在幼儿园或学校表现不良等。通常只有当照料者采取强制性措施，如发脾气、训斥、辱骂、威吓甚至殴打时，患儿才能较快入睡，否则睡眠将会延迟，以后只要缺乏照料者的强制手段，便不能入睡。本病一般在3岁左右开始发病，男童多见，到青少年以后，随着年龄的增长及学校的教育，在提高对充足睡眠重要性的认识后，病情可逐渐改善。

由于这种睡眠障碍主要是由于照料者采用的让患儿就寝的方法不恰当或因照料者本身存在问题——如情绪抑郁、酒精中毒、药物滥用或成瘾、自身工作时间较长等所导致的，因此，在治疗中应重点针对照料者，根据不同情况采取相应措施，对于患儿，应以心理治疗及睡眠卫生教育为主。

# 43. 小学生会有哪些睡眠障碍

小学生的睡眠障碍主要为失眠、梦魇、梦呓和磨牙

小学生无忧无虑，怎么也会有睡眠障碍？看了下面的调查你就会相信。有人对302名小学生进行问卷调查，发现小学生的睡眠障碍主要为失眠（39.7%）、梦魇（36.4%）、梦呓（25.5%）和磨牙（15.9%）等，但失眠的程度一般较轻，程度较重者不足10%。小学生除失眠外，还常有异常睡眠，低年级多见磨牙，而高年级多见梦魇。

为什么小学生睡眠障碍这么常见呢？主要有两方面的原因：其一，学龄儿童的神经系统发育不完善，很容易受外界环境的影响而发生睡眠障碍。其二，学习负担过重是失眠的主要原因。有些学校学习抓得很紧，课堂上要学生努力听，课后留的作业很多，小学生做作业要做到晚上8~9点钟，还要准备课堂上多种小测验，在学习压力下，往往会失眠。现在一个家庭只有一个孩子，孩子既是父母的掌上明珠，还是父母的全部希望，父母不仅督促他们的课堂学习，还要让他们学习琴棋书画，外加英语和电脑。可怜这些孩子，上午学画画，下午学钢琴，晚上还要学英语，整个休息日也被安排得满满的，他们身体疲惫，精神紧张，难怪睡觉不好呢。

# 44. 青少年学生为什么会失眠

青春期是脱离孩提时代成长为大人的一个重大转折点，在这一转变过程中，不但有身体的生长发育，出现第二性征，还有心理的成熟过程。在成长的过程中，由于紧张的学习、频繁的考试和社会的压力等，再加上一些心理因素，使这些青少年极易出现失眠，可谓是“成长的烦恼”。

随着青春期的到来，逐渐出现第二性征，男性出现遗精，女性出现月经来潮。目前我国中学生性教育尚不普及，中学生普遍存在着性知识匮乏，对性的错误理解，因此一些孩子开始有自慰的习惯。自慰最大的危害不是其直接对生理上的损害，而是其对于心理上的折磨。对于自慰，通常是事前控制不住自己，事后又后悔不已，常常陷于其中不能自拔，在如此矛盾的心情之下，很容易出现失眠。青春期青少年都有对异性的爱慕，如今早恋现象在中学生中较为普遍，对恋爱对象的依恋与老师、家长对早恋的极力反对，都会对青少年还不太成熟的心理产生极大的影响，这样的话，失眠也就不足为怪了。

繁忙的课程、紧张的学习、频繁的考试已经使中学生身心疲惫了，回头再看一下家长的望子成龙、盼女成凤，以及老师的殷切期望，就不难理解中学生所承之重，倘若他们没有一个健康的心理适应过程，就很容易出现情绪紧张、精力不足，乃至失眠。

# 45. 大学生为什么会失眠

大学生失眠，原因有很多，不同阶段原因也各不相同：

入学后：高考结束，大学开学，许多新生进入了自己梦想的校园，远离家乡，远离父母，周围环境陌生，饮食生活可能也不习惯，生活学习一切靠自己，一些人难以适应新的环境，常出现离家的一种孤独感，情绪波动，吃不好，睡不香。还有一些人高考不顺利，所上的学校和自己的期望相距甚远，有一种理想和现实的巨大落差，所以很容易出现情绪和睡眠问题。研究发现，农民和个体劳动者家庭的学生失眠的发生率高，家庭经济困难学生的失眠发生率也明显增高，这说明家庭和经济状况对大学生的睡眠很有影响，可以想象，如果大学生的学费和生活费还没有着落的话，他们又怎么能睡踏实呢？

上大学期间：上学后，发现“山外有山，人外有人”，自己不再是老师的宠儿，不再是班里的尖子生，这种失落感并非每个人都能适应，往往会导致情绪改变和睡眠不好。上学期间的恋爱问题、人际关系问题和功课压力都是影响睡眠最重要的心理社会因素。大学生的住宿条件通常比较拥挤，宿舍环境嘈杂，平时作息不规律，这些环境因素也都不利于睡眠。

临近毕业：是找工作，还是考研？如找工作的话，找什么样的工作？与恋人的关系将怎么处理？诸如此类，问题多多，这些问题都会摆在每一名即将毕业的大学生面前，在即将走向社会的时候，在毕业的压力和前途的不确定之下，睡眠不好就不足为怪了。

由此可见，心理社会因素是大学生失眠的主要原因，恋爱问题、同学关系、经济状况、学习成绩、毕业压力是影响睡眠的常见原因。

# 46. 离退休人员为什么会失眠

有个奇怪的现象：人们在上班的时候，虽然工作繁忙，但身体很好；可退休以后，虽清闲下来，但身体却不行了，失眠、健忘、身体不适，这些毛病一下子都来了，这是怎么回事呢？

在引起离退休人员失眠的诸多原因中，心理社会因素最值得一提。从工作岗位上退下来，尤其是从领导岗位上退下来以后，很多人会有一种失落感、衰老感、被人遗忘感，心理状态失去平衡，觉得自己不再是社会的中心，被社会边缘化了。子女因忙于工作，无暇照顾，常会产生寂寞感、孤独感、被冷落感。过分担心自己的身体状况，对疾病恐惧、害怕，由于同伴或老伴患病甚至故去造成的心理负担和引起的悲痛，都会导致离退休人员睡眠障碍和情绪波动。

生活习惯的改变也是一个很重要的因素，平时闲在家中，无事可做，白天睡觉过多，夜间就再也睡不着了。睡前喝茶、饮咖啡、吸烟等均可造成兴奋难眠或夜间易醒。

除此之外，离退休人员本身存在的躯体疾病和用药也会加重失眠。例如冠心病、慢性支气管炎、肺心病等疾病都会造成夜间睡觉不好，同时使用利尿剂会使夜尿增多，频繁起夜，影响睡眠。

# 47. 老年人失眠常见的原因有哪些

失眠与年龄有一定关系，与年轻人相比，睡眠-觉醒节律的紊乱是老年期睡眠障碍的主要特征，老年人的睡眠障碍主要表现为：睡眠时间在昼夜之间重新分配，白天瞌睡增多，经常打盹，夜间睡眠减少；早睡早醒，夜间睡眠浅而易醒，睡眠效率下降。老年人多导睡眠仪反映的特点是：入睡潜伏期延长，非快速动眼相（NREM）的I期（浅睡眠）增加，而非快速动眼相的III、 IV期（深睡眠）减少，快速动眼相（REM）缩短。

引起老年人睡眠障碍的原因有以下几种：

（1）生理性因素：夜间睡眠少，睡眠节律出现紊乱，这是随年龄增长出现的生理现象。

（2）脑部器质性疾病：老年人患中枢神经系统疾病的可能性大大增加，中枢神经系统常见的疾病有脑血管疾病、老年性痴呆、帕金森综合征等，这些疾病常伴有睡眠障碍。

（3）全身性疾病：进入老年期，全身性疾病发生率也增高。常见的全身性疾病有高血压、糖尿病、心血管疾病、肺部疾病、肿瘤等，这些疾病的本身或其伴随症状会影响睡眠，引起老年人失眠。

（4）精神疾病：据统计，老年人精神疾病的发病率明显高于青年人，老年期常见的精神疾病有抑郁症、谵妄、焦虑症等。这些精神疾病多伴有睡眠障碍，例如抑郁症的症状之一便是失眠，其睡眠障碍主要表现为早醒及深睡眠减少。

（5）心理社会因素：退休后的失落感、经济收入的减少，同事或老伴故去后的悲伤、与子女关系的不协调等心理社会因素都可引起或加重睡眠障碍。

（6）药物因素：老年人常因躯体疾病服用大量的药物，而这些药物很多与睡眠障碍有关。

由此可见，引起老年人失眠的原因既有生理性的，也有躯体和心理社会因素。

# 48. 住院病人为什么容易失眠

住院无疑给疾病的诊断、治疗带来了方便和好处，但有不少的患者住院后会出现失眠，这是因为什么呢？

环境改变引起的心理问题：住院病人离开了熟悉的家庭环境，放弃了平素的生活习惯，中断了工作，进入陌生的病房，这种环境的突变会产生很多的心理问题。例如在病房中有种种限制，不能随便会见亲人，也没有一个熟悉的朋友，只能自己默默地忍受疾病的折磨或面临死亡的威胁。住院造成了工作和家庭生活的中断，这些中断会影响病人的心理，例如一些事业心强或担负着领导岗位的人，一旦被强迫整天躺在床上，无工作可做，需别人安排自己的生活，心理上尤其觉得憋闷难受、烦躁不安。这些心理因素都不利于睡眠。

生活方式的不适应：病人住院后，原来生活的特殊性和私人习惯大都丧失，生活上的许多细节被医护人员监视着，记录下来，医护人员在报告病历时念出来，个人行为成为众所周知的事情；必须接受医院的饮食、睡眠习惯，受医院作息制度的管制，空气中散发着病房特有的气味以及其他病人发出痛苦的呻吟，所有这些生活的不适应都会影响病人的睡眠。

住院肯定是因为疾病，而疾病所引起的痛楚很容易引起失眠，试想，周身都不适的病人怎么能够睡得安稳；另外，疾病所造成的心理压力也是失眠的重要原因，病人经常考虑自己的病情，经常和病房里的其他病人进行比较，为自己的疾病能否治好、需治疗多长时间及预后怎么样而担心，为疾病对今后的生活、工作所造成的影响感到惴惴不安，由于这样的思想负担和压力，常常会使患者出现失眠。

# 49. 手术前后的病人为什么会失眠

目前，手术是多种疾病的主要治疗手段。需手术疾病的主要特点是起病急，心理上毫无准备；痛苦大，疼痛与不适较其他疾病为重；病人生与死的体验强烈，恐怖不安的程度大。由于手术不但是一种治疗手段，同时还是一种创伤，这种创伤不仅是躯体上的还有心理上的，因此，手术前后的患者，由于心理上和躯体上的特点，往往会出现失眠。

手术前，病人的心理状况通常极其不稳定，大多数病人对手术害怕和顾虑，他们害怕开刀引起的疼痛，对手术的安全性、并发症、疗效和术后康复等问题感到忐忑不安。某些手术的心理问题尤其突出，如妇科手术病人，还常会担心术后会影响夫妻生活和夫妻关系。随着手术日期的临近，病人的心理负担加剧，心情紧张，焦虑恐惧，甚至坐卧不安，食不甘味，夜不能眠。尽管术前给予安眠药，很多病人仍然难以入睡，甚至彻夜不眠。

手术后，伤口的疼痛、不舒服的被动体位，都足以使病人睡不好觉，加之有些人还在担心手术能否起到预期的治疗目的，伤口是否能够顺利愈合，等等，正是由于这些躯体和心理因素，使术后失眠并不少见。

作为医生，要想防止患者在手术前后出现失眠，关键是要耐心、详尽、态度和蔼地向病人解释手术和康复问题，打消病人的思想顾虑，减少病人的紧张，如此也就能够减少病人失眠的出现。

# 50. 考前失眠是怎么回事

每年一到六七月份临近升学考试时，神经科门诊就会有大量学生因睡眠不好来就诊，要求服用镇静催眠药物。在睡眠医学中，把这种因考试、亲人死亡、离婚、失恋、失业等可引起情绪明显波动的应激性因素导致的短暂性睡眠障碍称为“睡眠调节性障碍”。它是一个由心理因素影响睡眠的典型代表，随着情绪反应的缓解，这种睡眠障碍可很快恢复正常。多见于情绪易受影响的人，女性较男性多见，一般是由于心理刺激因素产生的应激反应所致。部分患者常伴有明显的情绪变化，如焦虑、哭泣、抑郁、易激惹等。

多数患者无须特别治疗，随着应激源的消除及心理承受能力的提高，睡眠障碍可得到改善。少数失眠症状突出的患者可在医生的指导下短期、小量应用一些镇静催眠药物。

# 51. 婚恋和失眠有什么关系

婚恋和失眠关系密切，主要因为感情的缘故。恋爱时节，花前月下，卿卿我我，难舍难分，“一日不见，如隔三秋”，晚上思念意中人，难免失眠。如果恋爱的结局不如意，失恋造成的失眠则更为严重。所以说恋爱常常伴着不眠之夜并不为过。

即使恋爱成功，在准备结婚的阶段，也会有失眠之虑。首先是经济基础，双方都要筹集相当一笔款项方能成就好事，这就可能导致失眠；其次要有住宿之地，单位分房的时代已经基本结束，如何买到一套房子就成为相当重大的话题和实际问题，在奔波买房之际有可能失眠；最后，纵然一切条件都已具备，正式举行婚礼的筹备、各项细节也还有不少事情需要操办，婚前有一段失眠期几乎已成为新婚夫妻的惯例。

婚后生活多半美满，可是有些新婚夫妻在婚前来不及或不愿考虑的问题在婚后会逐渐暴露出来，如双方性格不和、对双方长辈的态度各异、家庭开支的安排，甚至生儿育女等方面，都不见得步调一致，这样就难免磕磕碰碰，时间一久，分歧增加，矛盾暴露，就可能引起双方同床异梦，失眠也就在所难免了。

第三者插足是婚后生活最容易造成裂痕的因素，试问夫妻之间介入了第三者，还有可能睡得安稳吗？相信当事人只能瞪着眼睛等天亮了。

离婚也是造成失眠的重要因素。以美国作为例子，其离婚率高达50%，即每两对结婚者中有一对会分手，可见离婚似乎是司空见惯的事，但在美国学者制订的生活事件量表中，离婚所引起的心理创伤仍占75分（最高分为100分）。所以即使在美国，离婚也并非是件好事。离婚必然会使夫妻双方在相当一段时间内感情失落，失眠是常

事。

# 52. 去高原旅游出现失眠是怎么回事

你有过这种经历吗？平时睡眠良好，同朋友去青藏高原旅游时却出现了失眠。也许你并没把它当回事，只是简单地认为可能是自己玩得太累了，其实在睡眠医学中认为这是一种睡眠障碍，称为“高原性失眠”。

所谓高原性失眠，是指发生于海拔升高至某种高度时引起的急性失眠，常伴有头痛、疲倦、食欲减退等高原反应症状。一般升高至海拔2000米以上即可出现，典型症状常见于登高后72小时以内，与高海拔缺氧导致的睡眠期间呼吸紊乱有直接关系。随着海拔高度的增加，失眠症状可进行性加重，但若在同一高度环境停留一段时间后，随着机体对低氧环境的适应，大部分患者失眠症状可有所减轻，等到重新回到低海拔环境时，失眠症状可完全缓解。

对于既往有高原反应病史的人，应尽量避免登高，以免发生高原性失眠。若非登不可，则应避免速度过快或一次到达目标，以减轻症状的严重程度。若出现症状且较严重，可适当应用乙酰唑胺或都可喜等药物。前者是改善高原性失眠的首选药物，具有增加呼吸道通气和减轻缺氧的作用，从而可提高睡眠质量；后者则通过改善夜间机体对氧气和通气不足的反应，提高血氧浓度来达到改善睡眠的作用。现在，中国学者研究出一些中药的组合，称为红景天，在高原上应用对克服高原反应效果较好，而且没有不良反应，已经广泛地应用于临床。

# 53. 什么叫焦虑性失眠

焦虑是一种情绪状态，心理学上的定义是：对未发生事情的一种恐惧感。有焦虑情绪的人往往对未来可能出现的情况做种种不利的、负性的猜测，以致造成紧张、不安和恐惧。正常人就有焦虑情绪，举例来说，约好一位朋友晚7点看电影，如果到了6点50分还没有见到朋友，那就一定会有焦虑不安的情绪，可是只要朋友的身影在7点之前出现，这种焦虑情绪便会立刻消失。同样，在考试之前的学生都会出现焦虑，但只要考卷发下，迅速答题时，焦虑情绪就会逐渐消失。这两个例子说明正常人也可出现焦虑，只是只要未来发生的事情在现实中出现后的情况并不像预期中那样不利和负性，焦虑就消失了。

有焦虑色彩的病人情况就不同了，他们无时无刻不在为未来发生的事情发愁、苦恼、烦躁，如果一件事情发生后并不像他们想象中那么糟糕时，他们的焦虑会马上转向另一些没有发生的事情上，所以整天提心吊胆、战战兢兢、紧张不安。由于焦虑情绪过度，也常伴随着自主神经功能失调，尤其是交感神经功能亢进，出现手脚心多汗、心悸、心跳快、呼吸急促、肌肉收缩、颤抖等症状，此外，在行为上也有焦虑的表现，像搓手顿足、唉声叹气、用手拔头发等，严重时用头撞墙，在地上打滚，这些都是常见的外部症状。

焦虑病人都有睡眠障碍，焦虑性失眠以入睡困难最突出，病人躺在床上之后，翻来覆去不能入睡，脑子里思考一些焦虑的事但又解决不了，结果是越想越兴奋，越兴奋就越睡不着，时间久了病人对睡眠也恐惧起来了，一到晚上就在思考“今晚能不能入睡”，担心睡不着，结果还真的不能入睡。这样恶性循环的结果，就造成了焦虑性失眠，使病人苦恼万分，渴望解决之途。

# 54. 为什么有些失眠病人被大夫诊断为抑郁症

有些失眠病人因为长期失眠而经常自己在药店买安眠药吃，日子长了，药量越吃越大，而睡眠却得不到有效的改善。最后，到医院看病的时候，却被大夫诊断为抑郁症。这是怎么回事呢？

原来，失眠在许多情况下只是某些疾病的一种临床表现，我们平时只注意失眠，而忽略了失眠背后的潜在疾病，抑郁症便是一种最容易被忽略的疾病。下面我们来看一下抑郁症性失眠的特点，抑郁症典型的睡眠障碍是半夜早醒，即在黑夜中突然醒来，醒后不能再入睡，脑海里反复浮现着一些不愉快的往事或对前途忧心忡忡。此外，病人也可表现为晚上上床后超过半小时不能入睡或夜间易醒、多梦等。除睡眠障碍外，抑郁症患者往往还表现出程度不同的情绪低落，内心缺乏愉快感，对任何事都觉兴趣索然，丧失了以往对生活、工作的热情和乐趣，或是无任何原因感到精力不足，做事力不从心，觉得脑子变得迟钝了，注意力难以集中等。病情严重时，患者对前途感到悲观、失望，觉得生活不值得留恋，甚至产生强烈的自杀念头和行为，有15%的抑郁症患者以自杀来结束自己的生命。

由此可见，失眠仅仅是抑郁症的一项症状，若把抑郁症当成单纯的失眠来治疗，不仅会贻误病情，还可能造成严重的后果。如果您或您的家人除了失眠，还有情绪不好，一定要到医院看大夫，决不能耽搁，以便明确诊断，及早治疗。

# 55. 失眠和神经衰弱是一回事吗

失眠只是神经衰弱的一种症状，两者并不等同

在神经科门诊，经常会遇到这样的病人，他们见大夫的第一句话就是，“大夫，我睡不好觉，是不是得了神经衰弱了？”失眠和神经衰弱是一回事吗？答案是否定的，这两者不能画等号。因为失眠只是一种症状，失眠指的是病人长时间对睡眠的质和量不满意，包括难以入睡、睡眠不深、睡后易醒、多梦、早醒、醒后不易入睡、醒后感到不适或白天思睡等。而神经衰弱是一种疾病诊断，它包括的症状繁多，失眠仅仅是其中的一个症状，神经衰弱还包括其他许多症状：如精神容易兴奋，脑子乱，杂乱无章，对声光等刺激感觉过敏，怕吵怕闹，容易疲劳，没精神，烦恼，易怒，紧张等。

虽然神经衰弱的病人常有失眠，但失眠者中真正属于神经衰弱的并不多，过去我国把神经衰弱诊断扩大化了，实际上，一部分失眠者是单纯性的失眠，而另外更多的是由于抑郁或焦虑所引起的。

如果失眠病人主观上就把自己归到神经衰弱的人群里，并不去仔细寻找原因的话，就很可能耽误治疗。而如果能够找到失眠的真正原因，对症下药，例如服用一些抗抑郁剂、抗焦虑药等，再配合心理疗法，是完全能够从失眠中解脱出来的。

# 56. 头痛如何影响睡眠

头痛是个常见症状，而不是一种病。可以说90%的人在一生中都曾经体验过头痛。头痛和失眠的关系很密切，我们可以用三种头痛的具体表现来看看怎样影响睡眠的。

第一种是神经性头痛，在国外称为紧张性头痛，原因可能由于头顶部、颈部、颞部肌肉过分收缩或痉挛，或是工作过度疲劳，或是心情压抑所致。病人几乎每天都觉得头部发沉，像有东西压在上面或是头顶被东西箍着，痛并不很严重可是使人感到不舒服，昏昏沉沉，“头脑不清醒”。通常不会引起恶心、呕吐。痛总是在下午加重，到晚间又减轻些，可是精神却相对兴奋起来，病人往往有焦虑情绪，所以入睡困难十分常见。这种情况过去经常被诊断为神经衰弱。

第二种是偏头痛，这种头痛以年轻女性较易患，是一种阵发性、发作性的头痛。病人在头痛前可以出现视力先兆，如眼前冒金星、出现水波纹或城垛状图像等，过20～30分钟后就出现剧烈头痛，视觉先兆却消失了。头痛可位于一侧或两侧，从眼眶、太阳穴一直延伸到整个头部，很剧烈，像火烧、像刀割、像血管跳动，同时怕光线，怕人声，最严重时出现恶心、呕吐。每次发作持续4小时左右，最长可达2～3天。发作间隔期限不等，有的1个月发作一次，有的2～3个月发作一次，但也有每星期发作的。有视力先兆的偏头痛称为先兆型偏头痛，没有视力先兆的称为无先兆型或普通型偏头痛。在偏头痛发作时睡眠非常困难，常常失眠，有的病人用安眠药睡一觉，头痛可以消失，所以偏头痛和失眠关系密切。

第三种称为丛集性头痛，以壮年男性为多。这种头痛常常在春、秋季发作，而且每年发作的时间相当固定，如每年10月的第2周或3月的第3周等。发作都在半夜，以一侧痛为主，痛得用头撞墙、抱头下地乱走，但剧痛1～2小时后会突然消失。这样的发作当然使人无法入

睡，幸亏每次发作只有10天左右，但也足以影响睡眠了。

# 57. 关节痛为什么也能引起失眠

关节痛也是一种常见症状，有不少原因会引起关节痛。

类风湿性关节炎属于自身免疫性疾病，以小关节滑膜囊发炎为主要特征，病人常常诉说双手指关节肿胀、疼痛、伸屈不灵活，或者以脊梁骨疼痛、发僵来看病。女性比男性容易得类风湿关节炎。如果不及时治疗，小关节会逐渐变形、僵直，甚至成为残疾。这种关节痛以夜间睡眠为重，所以严重影响睡眠。

痛风属于代谢障碍性疾病，是血中尿酸含量过高所致。尿酸会沉淀在关节上，引起急性痛风性关节炎，也可成为痛风石沉积在骨头突起部位，慢性关节炎还会使关节畸形。痛风性关节炎往往在夜间发作，关节红肿发热，疼痛难忍，病人不敢活动，翻身、下地、行动都很困难，睡眠受影响，失眠严重。

年龄较大的人常常有骨关节炎，最常见的是发生在颈部的颈椎病，在颈椎X线片上可见椎体前后缘有骨质增生，有时形成骨刺，如果压迫椎间孔内的神经根，可出现上肢串痛、麻木，晨起时双手麻胀，颈部也有僵硬感。发生在腰部的称为腰椎增生性关节炎，这种骨质增生的后果是腰部疼痛，有时串到臀部或下肢，早晨起床时加重，但多做活动后逐渐减轻。骨关节炎的关节痛在夜间睡眠时加重，使病人翻身、起床都困难，也使睡眠质量下降。

# 58. 药物为什么会引起失眠

用药应遵医嘱，谨慎用药，防止因用药给你带来睡眠障碍

现在市场上药物琳琅满目，新药也层出不穷。就一位医师来说，他也不可能把各科药物的性能都了解得很清楚，但是至少要对常用的、属于本专科的药物的疗效和副作用了然于胸，否则就很难针对性地用药。病人和家属也应当仔细阅读药盒上的说明书，了解所用药物的性能，这样医患之间才有共同语言。

不少药物除了针对专科的疗效之外，还对神经系统有作用。举个最普通的例子，氨茶碱是治疗哮喘的常用药，可以松弛支气管平滑肌，减轻支气管黏膜的充血和水肿，缓解哮喘症状。可是氨茶碱又是一个中枢神经兴奋药，有些病人服药后出现激动、不安、兴奋、失眠，剂量过大时还可发生抽风、谵妄等。类似这种例子很多。阿托品是有效的胃肠道解痉药，能解除胃肠道痉挛和抑制胃酸分泌，用于治疗溃疡病，但如果使用不当、剂量过大时会出现阿托品中毒：瞳孔散大、口干、排尿困难、兴奋、躁动、幻视、失眠等。异烟肼（雷米封）是抗结核药，和其他抗结核药合用能治疗各种类型的结核病，但也有不少副作用。异烟肼有中枢神经兴奋作用，有的病人产生话多、头痛、失眠、易发怒、幻觉，甚至出现抽风、昏迷；还能引起周围神经炎，如四肢麻木、无力、反射减退、消失等。所以用药一定要服从医嘱，不要过量服用，也不要光听广告介绍，因为有些广告用药没有经过临床验证，疗效和副作用都不清楚，随意服用有极大的盲目性。

# 59. 催眠药物也会引起睡眠障碍吗

谨慎使用催眠药物，防止药物依赖性

众所周知，催眠药物是用来帮助睡眠障碍患者提高睡眠质量的，那么它会不会反而引起睡眠障碍呢？如果你是一位长期依赖催眠药物的睡眠障碍者，你一定有过这样的感受：随着服药时间的延长，发现药物的催眠作用越来越弱，需要不断增加剂量，否则睡眠质量就会下降。这就是一种与催眠药物有关的睡眠障碍，睡眠医学中称为“催眠药物依赖性睡眠障碍”。

催眠药物依赖性睡眠障碍是指由于使用催眠药物产生的耐受或戒断引起的失眠或睡眠过多，目前涉及最多的药物主要是苯二氮

䓬

类（如地西泮、氯硝西泮、阿普唑仑等）和巴比妥类药物（如戊巴比妥、异戊巴比妥、司可巴比妥等）。多见于老年女性，起病前有使用催眠药物或中断使用催眠药物的背景，在取得最初疗效后，因担心成瘾而自行突然停药，此时反而出现严重的失眠。部分患者在最初的疗效逐渐消失后，便以提高剂量来抵消由于药物耐受而出现的疗效下降现象。随着剂量的增加，由于白天药物残留效应的增加，患者可出现睡眠过多、反应迟钝、言语含混不清、傍晚时情绪不安或紧张等，此时，患者常把这些症状错误地认为是由于夜间失眠所致，到处求医，不断接受更多的催眠药物治疗。

治疗上主要针对催眠药物导致的依赖性进行，应在医生的指导下制订停药计划。加强对合理使用催眠药物的认识，切实做到不滥用、不弃用。对于长期应用止痛药物或酗酒者，不应服用催眠药物；若使用催眠药物，应短期、间断用药，不宜长时间（＞3个月）应用，若非用不可，应选择不同作用机制的催眠药物交替使用；不宜突然中断

用药。

# 60.“摇头丸”是什么药物

目前“迪厅”风行，青年男女喜好蹦迪的不少，他们愿意在迪厅内松弛一下，活动活动肌肉，放松放松神经。但有人在蹦迪时服用一种“摇头丸”，据说服用后精神陡增，神采奕奕，摇头晃脑，分外有劲，而且跳一夜舞也不觉得困倦。现在已经查明，“摇头丸”实际上是一种中枢神经兴奋药，学名叫苯丙胺或是其衍生物。

苯丙胺是麻黄碱类药物，具有强大的中枢兴奋作用，服药后大脑很快兴奋，倦意尽消，可以持续工作和学习，所以在医学上用来治疗发作性睡病。可是有些不法商人利用其中枢神经兴奋作用来对抗夜生活中的疲劳，使人们能夜夜兴奋，于是“摇头丸”便应运而生。虽然偶尔服用苯丙胺除了失眠、兴奋之外副作用还不算多，可是连续服用会成瘾，药量越服越大，次数越服越多，以至不能离开此药，与抽吸鸦片没有什么不同，因此世界卫生组织已经把苯丙胺列为毒品，和鸦片同样对待。我国也严禁制造、销售此药，违反者要负法律责任。

苯丙胺长期服用除了成瘾之外，还会产生一系列精神病样症状，如幻听、幻视、多疑、妄想等，与精神分裂症十分类似，称为苯丙胺中毒性精神病，这时需住精神病医院治疗。

# 61. 激素会不会引起失眠

使用激素应在医师指导下进行，谨慎使用

激素通常指肾上腺皮质激素，有天然的和人工合成的，医学上常用人工合成的激素治病，如自身免疫病系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、干燥综合征、重症肌无力等，各种病因引起的休克，消除脑水肿，严重的皮肤病如剥脱性皮炎等。可以说用途广泛，各科都可用激素来治疗。

作为一种药物，激素确实有其不可替代的疗效，可是副作用也不可忽视。在早期用药阶段，由于食欲改进，情绪好转，睡眠也有进步，病人会感到很满意。但随着用药时间的延长、剂量的增加，相当一部分病人会出现兴奋、话多、易发脾气、容易和别人吵架等现象，而且夜间经常失眠，或者清晨早醒。严重时也会出现幻觉、多疑、疑心别人整自己等，以致拒食，拒绝治疗，大吵大闹，要求出院；或者出现抑郁症状，如哭泣、悲观、失望、企图自杀等，这些可以称之为激素性精神障碍，往往给原有疾病的进一步治疗造成困难，因此必须请精神科医师来指导用药和控制症状。

除此之外，激素还会引起肥胖、高血压、糖尿病等疾病，原有这些疾病的病人用激素后，可能加重，所以用激素治疗应当在医师指导下进行，何时加量，何时减量要根据病情决定，千万不要自作主张。实际上医师用激素治疗也是十分谨慎的，一般原则是非到不得已时才用，同时尽量避免各种副作用和并发症，减量要逐渐进行，这样才能取得较满意的效果。

# 62. 脑血管病会引起睡眠障碍吗

脑血管病是大家熟知的疾病，具有高患病率、高发病率、高致残率和高死亡率的特点，其病因以高血压和脑动脉硬化居绝大多数，其他如动脉瘤、脑血管畸形、心脏病、血液病也能引起一部分脑血管病。

俗称中风或卒中的脑血管病起病急骤，很快就造成病人半身不遂、昏迷、尿便失禁或抽风，有高血压动脉硬化病史的中老年人最易罹患。曾有人统计，每年季节变换时如3月、１１月脑血管病的发病率高于其他月份。

脑血管病和睡眠有什么关系呢？有些专家发现，在每夜的ＲＥＭ睡眠期血压、呼吸和心跳会加快，容易发生中风，另外，这些病人体形较肥胖，颈部粗短，口腔内容积小，夜间睡眠打鼾重，不少人合并睡眠呼吸暂停综合征，在夜间睡眠中，呼吸会逐步变浅，直到完全停止，病人也随之憋醒，此时血压和心跳增加，也容易引起中风。

患了脑血管病之后，由于一侧的肌肉无力，包括口腔、咽喉部肌肉都力弱，所以在睡眠时松弛的肌肉遮盖了口腔深部，使原先不打鼾的打起鼾来，原先打鼾的打得更凶，也就是说睡眠呼吸暂停综合征更加严重。这些病人晚间睡眠由于憋气而不醒转，质量很差，而白天则显得困倦、疲乏、不断打盹。如果家中有患脑血管病的老人，你不妨问他们“睡觉好不好”，老人一定回答“睡不好”，可是你明明听到他们打呼噜，应当睡得很香的。道理就在于睡眠的质量差，尽管老人整天闭目入睡，却不解乏，有时他们干脆觉得自己整夜未睡。

# 63. 帕金森病常会有睡眠障碍吗

帕金森病是老年人较常见的疾病， 50岁以上人群中的患病率为1%，男性较女性多。其主要的临床表现是：震颤、全身发僵、动作慢和姿势不正常。震颤很特别，两个大拇指来回搓动，在休息时尤其明显，称为搓丸样震颤。走路时双手不摆动，步子很小，人往前倾，不容易起步和停止。典型症状出现后诊断不难，但早期并不容易诊断，因为病人总是诉说行走无力，常常被误诊为脑梗死。

帕金森病的原因是中脑内黑色的核团——黑质中多巴胺（多巴胺是神经系统中一个重要的神经递质，能使多巴胺能神经元的活动增强）的含量减少。多巴胺减少的后果就是多巴胺能神经元的活动减弱，因而产生帕金森病的表现。能引起多巴胺减少的病因很多，脑炎、脑外伤、一氧化碳中毒（煤气中毒）、脑瘤、脑血管病等脑部疾病和遗传都有可能。

病人的睡眠很差，入睡时间明显延长，睡眠中经常醒转，有人发现，病人夜间竟有30%～40%的时间是醒着的。在醒转后，由于全身发僵的缘故，病人翻身极为困难，以致用一种姿势睡到天亮，其难受程度可想而知。在睡眠中，如果用多导睡眠仪检查，可以发现NREM的I期增加， III、 IV期减少，REM也减少而且持续时间短，所以病人的睡眠很浅，容易醒转， REM减少的后果是次日“补偿”，结果往往噩梦频频，十分恐怖。

另外一个变化是病人常常打鼾，原因是咽喉部的肌肉也发僵，协调运动异常，因此软腭、咽弓、腭垂、舌根常常把嗓子堵上，发生睡眠呼吸暂停综合征。病人打鼾一段时间后会逐渐憋醒，然后再入睡。这种睡眠的质量不高，病人到次日更觉疲惫不堪。

# 64. 痴呆病人的睡眠障碍有哪些特点

能引起痴呆的疾病很多，在这儿不可能一一列举，我们主要谈谈两种最主要的引起痴呆的疾病，一种是老年性痴呆，也称为阿尔茨海默病；另一种是血管性痴呆，也就是脑血管病造成的痴呆。

老年性痴呆是由德国医师阿尔茨海默于1906年首先描述的，故以他的名字命名。尽管对老年性痴呆的研究极多，但病因还未搞清楚，只知道老年病人的脑中老年斑和神经元纤维缠结大量增多，神经细胞死亡，因而脑萎缩严重。老年性痴呆并不少见，据国外统计，超过60岁的人群中有10% 会患病，而超过80岁的人群中患病者可多达20%以上。我国到2000年，老年人口（指超过60岁的人口）可以达到1亿3000万左右，那么老年性痴呆的病人至少也有1300万，这是一个多么庞大的数字！

血管性痴呆是多次发作脑血管病的后果。脑血管病主要因高血压动脉硬化引起，发病很急，常有半身不遂和说话不清楚，经过治疗可以逐渐恢复，可是最怕的是反复发作，多次发作的结果会使脑部结构遭到破坏，于是便发生痴呆。

不论是老年性痴呆还是血管性痴呆都会发生睡眠障碍，特点是睡眠节律的紊乱。这些老年病人昼夜颠倒，白天昏昏欲睡，无论是躺着还是坐着，都能轻轻打鼾、进入梦乡，一到夜间则精神陡增，不肯睡觉，到处乱跑、乱翻东西，有时还大叫大嚷，严重影响别人的休息和睡眠，多导睡眠仪检查显示NREM I期睡眠增加， III、 IV期睡眠很少， REM睡眠出现早，周期和正常睡眠大致相仿。脑电图显示节律变慢，但与正常老年人的差别并不大。

痴呆的老年人用药要注意，不能用太剧烈的安眠药，否则会造成

过度嗜睡，有时会产生吸入性肺炎，危及生命。

# 65. 呼吸肌肉麻痹病人为什么会发生睡眠障碍

呼吸肌肉麻痹指呼吸时胸部肌肉不会收缩，结果是新鲜空气吸不进来，废气呼不出去，憋在肺里时间久了，会发生严重的缺氧，甚至昏迷、死亡。

能引起呼吸肌肉麻痹的疾病不少，主要属于神经内科疾病，如各种运动神经元病、各种肌病、重症肌无力、由恶性肿瘤造成的呼吸肌无力等。这些疾病有的引起肌肉萎缩和无力，有的肌肉并不萎缩但也无力。由于胸部肌肉无力，病人的呼吸就不舒畅，只能靠腹部肌肉收缩来呼吸，所谓腹式呼吸。在呼吸的幅度不够时，病人还会动员颈部肌肉收缩来增加呼吸幅度，形成呼吸窘迫的现象。

当呼吸肌肉无力时，睡眠障碍是十分普遍的症状。最主要的表现是由于怕睡眠中呼吸停止而不敢入睡，时间一久便成了习惯性失眠。运动神经元病可以造成颈部和咽部肌肉无力，吞咽发呛，在睡眠中容易引起咽喉部腔隙变小，导致睡眠呼吸暂停综合征。这些病人睡觉之后就打鼾，但维持一段时间因憋气而醒转，使整夜睡眠不连贯，质量很差。全身性肌炎还因为肌肉疼痛而使睡眠困难。

影响颈部和咽喉部肌肉的疾病由于吞咽发呛，会引起唾沫在口腔中积聚，流到咽喉部造成呛咳，使睡眠中断。

此外，呼吸肌肉无力还使病人不敢侧卧或俯卧，只能仰卧，时间久了病人会感到疲劳可又不敢翻身，也影响睡眠深度。

总之，呼吸肌肉无力的病人会因多种原因而使睡眠发生障碍，白天则困倦、疲乏。为了提高生活质量，对这些病人要设法改善他们的睡眠，保证他们的身心健康。

# 66. 如何防止睡眠中癫痫病发作

癫痫是大脑功能紊乱所造成的，最常见的发作形式是全身抽动，所以不少人误以为癫痫等于抽风病，实际上除了全身抽动之外，癫痫还有不少发作形式，如短暂性失神发作、精神运动性发作等，在治疗用药上也不相同。

早在公元前就有几位著名的医师指出：癫痫很容易在睡眠中发作，尤其是全身抽动发作。这个论点直到现代还是认为是正确无误的，所以在癫痫的诊断步骤中，医师常常会写上“睡眠诱发脑电图检查”的建议，说明做常规醒觉脑电图还不够，必须让病人入睡后再做脑电图，这样诊断就更加确切。

为什么在睡眠中更容易诊断癫痫呢？我们已经知道睡眠时脑电图可以看出非快速眼动相（NREM）睡眠和快速眼动相（REM）睡眠，而癫痫则有特殊的波形，医学上称为棘波和尖波，这些是一种快速而短暂的小波。如果在脑电图上出现棘波或尖波，医师就可以放心地诊断病人有癫痫了。现在有科学家发现，当癫痫病人入睡后，在NREM时常常会出现阵发性活动，中间夹杂着棘波或尖波，特别是NREM的III、 IV期更明显。为什么会出现这种现象？科学家的解释是：癫痫病人在睡眠时丘脑皮质的反馈通路加强而且经常有波动性，所以在脑电图上就表现为阵发性活动，中间夹杂着棘波或尖波。

看了这些并非是不让癫痫病人不睡觉来预防癫痫发作，而是希望病人注意睡眠中癫痫容易发作，所以在用药的技巧方面要作适当的调整，比如您不一定非要每天吃药3次，每次1片，时间放在早上、中午和下午，您是否可以改成早上、中午和晚上服？或者改成早上1片，晚上2片？这样在睡眠中药量就增大了，也就有足够的力量控制癫痫发作。有兴趣的病人家属不妨一试！

# 67. 头部外伤后变得爱睡觉了是怎么回事

生活中你可能遇到过这种情况：某位朋友头部受伤后，虽然大难不死外伤彻底痊愈了，但人却变得越来越爱睡觉，甚至白天上班时也瞌睡不断，以致影响正常工作。这又是怎么回事呢？其实这也是一种病态，医学上称为“创伤后过度睡眠”。

创伤后过度睡眠又称为“继发性过度睡眠”，它是指在头部等中枢神经系统创伤后1年内出现的日间睡眠过多。目前大多数医生认为，创伤所致的直接或间接的人类觉醒中枢——中脑网状激活系统的损伤是该病发病的主要原因。少数患者尸检后可发现脑部存在广泛性的损害。该病可见于任何年龄、任何性别的人，典型表现为外伤后出现日间睡眠过多，可以克制的或难以克制的睡眠发作，常伴有头痛、疲劳、记忆力下降等症状。

尽管至今有关该病的治疗尚无特效方法，但幸运的是大部分患者在发病数周或数月后可自行缓解。若持续不好，则应到医院就诊，在医生的指导下适当应用药物治疗。

# 68. 艾滋病病人有睡眠障碍吗

20世纪80年代以来有一个令人谈虎色变的疾病，那就是获得性免疫缺陷综合征，用英文字母的第一个字组合为AIDS，又称为艾滋病。患此病者全身免疫功能逐渐丧失殆尽，抵挡不住各种病原体的侵袭，发病后可在短短1～2年内就以死亡告终。经过科学家的努力，现已查明AIDS的病原体是一种病毒，即人类免疫缺陷病毒（简称HIV），其传播途径是性交、母婴传染和输血，尤其是非正常途径性交如肛交最易传染，因而被列为性传播疾病之一。

艾滋病病人肯定有睡眠障碍。20世纪90年代初期就有人报告已经有HIV感染但没有症状的病人做睡眠多导仪检查时发现NREM的III、IV期增多，特别在下半夜更为明显，而REM睡眠变成片断化和不规则。所以在疾病早期，病人主要为睡眠多，但清晨醒来并不解乏，头脑昏昏沉沉，整天觉得疲劳无力。在疾病逐渐发展恶化的过程中，有88%的病人表现睡眠障碍，如入睡困难、噩梦频频、半夜醒来不能入睡等，此时睡眠多导仪检查便显示睡眠周期紊乱，如NREM和REM节律不正常，NREM的III、IV期减少，而且在慢波中会夹杂α波（α波为清醒状态波形），因此临床诉述和睡眠多导仪检查的结果很符合。晚期病人常常不能维持睡眠，半夜就醒，梦惊不少见，往往在将醒未醒之时大喊大叫，伴有恐惧表情，白天则倦容满面，昏昏欲睡。

目前有些治疗艾滋病的药物，虽然不能达到根治但能延长患者生命，其中华裔科学家何大一教授的鸡尾酒疗法得到国际社会的一致推崇。可惜有些药物本身也会引起失眠，在治疗时会加重病人的睡眠障碍。

我们还是要十分强调预防为主，不得病是最重要的，所以摒弃不正常的性行为，严禁吸毒、尤其是静脉注射毒品就成为预防艾滋病的重要手段。

# 69. 慢性肝病睡眠障碍的特点是什么

能引起肝病的因素很多，在我国肝炎是最主要的疾病。有些肝炎可以逐渐痊愈，但有相当一部分病人迁延不愈，变成慢性肝病，甚至成为肝硬化。在肝硬化阶段，由于肝脏的解毒功能明显减退，以致许多毒性物质在血液中积聚起来产生自体中毒，影响脑部，医学上称为肝性脑病。

肝病不论在早期还是晚期都会产生睡眠障碍。早期阶段由于刚得病引起的苦恼、焦虑、恐惧就会使人产生失眠、全身疲乏无力、胃口不好，甚至双手颤抖、说话口齿欠清等。等到发展为晚期，病人就更多趋于嗜睡、疲劳，有时意识不清、答非所问，搞不清楚时间、地点和人名，计算也很迟钝，严重时病人进入一种不吃、不喝、不动的状态，称为木僵。更严重的就昏迷了，通常的名称是肝昏迷，即肝性脑病。

在肝性脑病时，曾有科学家替病人做过24小时多导睡眠仪检查，发现病人的睡眠-觉醒周期紊乱，不论是NREM或REM都明显减少，睡眠总的潜伏期明显延长， NREM的I、 II期增多，所以病人入睡困难，睡得很浅，睡眠中会经常醒过来。

肝病病人的睡眠障碍虽然表现形式繁多，但治疗有一定的难度，因为大多数药物都要经过肝脏解毒，肝脏损害后解毒功能减退，所以用药要非常小心，以免加重肝脏的损害。一般的原则是：尽量不用在肝脏代谢的药物；用药剂量减少一半或更多；严密观察药物反应；等到病情好转就立刻停用。

# 70. 肾功能衰竭时会失眠吗

肾功能衰竭俗称尿毒症，多半因为慢性肾病所致，如慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、慢性间质性肾病等。由于肾脏是人体中最重要的排泄器官，肾脏的排泄功能不正常，人体内的有毒物质就会积聚起来，导致自体中毒，一旦影响到大脑，后果便十分严重，医学上称为肾性脑病。

在慢性肾功能衰竭时，最早期的症状是入睡困难和维持睡眠困难，病人往往卧床1～2小时仍不能入睡，或是睡着后易醒，醒后不易再入睡，个别病人还会发生腿部不适感，如烧灼感、胀满感、紧箍感，往往起床活动后才舒服，这样也会影响睡眠。此外，由于肾脏浓缩尿的功能减退，尿量明显增加，使夜间尿次数增多，也造成起床次数多，睡眠质量不高。疾病发展到了晚期，肾脏排泄功能恶化，体内毒素积聚，病人就会感到全身无力、不适、厌食、不想进食、恶心频频、呕吐、思考能力下降，肌肉会不由自主地跳动、小腿抽筋、四肢麻木、无力等。最严重时病人会从淡漠、苍白、无力逐渐进入昏迷。

慢性肾功能衰竭病人如果做睡眠多导仪检查会发现在睡眠过程中腿部功能经常有肌肉活动，这种肌肉活动使睡眠变浅。睡眠开始时突然醒转也很常见。NREM的III、 IV期明显减少，说明睡眠很浅，总的睡眠时间和REM也减少。

目前对慢性肾功能衰竭病人可采用腹膜透析或血液透析疗法，使体内毒素排出，症状可以缓解，睡眠障碍也可以好转，睡眠多导仪检查显示醒觉时间明显减少， NREM的III、 IV期增多，连腿部的不自主抽动也可以好转。肾脏移植手术（换肾）是较根本性的治疗，但有许多技术难题需克服，而且费用也很昂贵，一般家庭和个人还难以负担。

# 71. 癌症病人为何产生失眠

癌症的种类很多，主要根据涉及的器官而定，如常见的肺癌、胃癌、乳腺癌、宫颈癌、甲状腺癌、前列腺癌、食管癌、鼻咽癌等，较少见的肝癌、胰腺癌、绒癌、皮肤癌、口腔癌、血液系统癌等。根据科学家的测查，癌症病人或多或少都有睡眠障碍。

癌症病人的睡眠障碍形式最主要的是失眠，包括入睡困难和维持睡眠困难，也就是说，病人常卧床1～2小时仍睡不着，一旦睡着了也易醒过来，而且不易再入睡。从睡眠多导仪检查来分析，尽管病人诉述失眠，但除了入睡的潜伏期明显延长和NREM的III、 IV期减少之外，其他如NREM的I、 II期、R E M睡眠、总睡眠时间变化并不太大。说明睡眠的结构并未被打乱，癌症病人和正常人一样享有比较正常的睡眠模式，可是怎样来解释病人的失眠呢？

我们都知道，当一个人知道自己患了癌症后，首先一个反应是恐惧感，认为这是一种“绝症”和“不治之症”，自己“活不了多久”了，这种心理上的震撼往往给病人带来不少抑郁情绪，接着病人会感到苦恼、压抑、绝望，做什么事都没有兴趣也没有必要，面对亲人，终日以泪洗面，郁郁寡欢等，从而非常严重地影响睡眠。等到第一个反应过去后，就会迫切寻找治疗方法，到处求医求方，哪怕是民间偏方、验方，只要“有效”，千里迢迢寻找，花大把钞票也在所不惜，这就形成焦虑情绪，也加重失眠。最后，得到了适当的治疗后，还会有各种各样的治疗反应，包括化疗药物反应、放射治疗反应、手术切除治疗后的反应等。所以应当认为癌症病人的失眠是综合因素所致，决不是单一因素在作祟，所以治疗也不能单靠安眠药，而应当采用综合措施。

# 72. 失眠为什么总是和更年期反应相伴而行

更年期雌激素水平下降，女性常会失眠

更年期反应通常是指妇女到了绝经前后所出现的一系列症状，有的很轻，根本不被妇女注意，有的很重，重到非住院不可的地步。可是，失眠却或多或少存在，为什么呢？

月经来潮是妇女一生中非常重要的一个特征，说明妇女的性器官发育和性功能发育都较正常。控制月经周期的关键是内分泌系统——卵巢。卵巢中有许多卵子，大约每28天成熟一批，卵巢本身分泌激素，促使卵子成熟，在卵子排除后，则形成黄体，分泌另外一种激素——黄体酮（孕酮）。如果卵子未受精，黄体在14天左右便自行退化，此时雌激素和黄体酮的分泌就中止了，子宫内膜由于得不到激素的支持便脱落下来排出体外，就是月经。所以月经周期大概在28天左右。当然垂体中还有另外一些激素来控制雌激素和黄体酮的分泌，这里就不赘述了。

到绝经期前后，妇女卵巢功能逐渐退化，因而雌激素和黄体酮的分泌也逐渐减少，这时出现月经周期拉长，经期缩短、经量减少、最终完全停经。由于雌激素是妇女体内十分重要的激素，它的减少或停止分泌对妇女的影响很大，具体地说可以出现下面几种症状：第一是血管舒缩障碍，典型的症状是轰热，也称潮热， 75%～80%妇女都有这种感觉。发热时感到前胸后背发热，迅速涌向面部，皮肤潮红，伴出汗，有时甚至大汗淋漓；第二是睡眠障碍，失眠常见，严重时整夜不眠，第三是精神心理症状，表现为唠叨不休、话多、脾气急躁、心胸不开阔、敏感多疑、有的则表现为压抑、沮丧、失望感；第四是性功能减退。

上述症状与雌激素水平下降有密切关系，所以现在医学界强调妇女在绝经后要补充雌激素来纠正这些症状，当然个别严重的还要加服精神药物。

也许有人会问男性有没有更年期？从理论上来讲也应该有，因为雄激素水平下降后也会出现一些症状。但是男性不容易判断出现更年期的时间，症状也不那么突出，所以多半不被人注意。

# 73. 甲状腺功能亢进和失眠有什么关系

甲状腺功能亢进简称甲亢，可因多种原因引起，但临床上常见的是毒性弥漫性甲状腺肿，其特点是甲状腺肿大，基础代谢率增高和自主神经系统的功能失调，本节着重描述这类甲亢与睡眠的关系。甲亢现在已被认为是一种自身免疫性疾病，多见于年轻女性。由于甲状腺激素不适当的增加，引起身体很多内脏都出现症状，其中突出的是神经精神症状，如容易激动、话多、动作增加、焦虑、紧张、不安、无端怀疑别人、敏感、睡眠差（主要是入睡困难和易醒）等。高代谢的症状也很明显，如怕热、多汗、低烧等。食欲亢进但体重却下降，心跳明显加快。检查时病人双手平伸有细震颤，伸舌时也有细震颤是重要的特征。

甲亢在症状典型时不难诊断，如果结合甲状腺肿大就更容易诊断，但是早期甲亢有时易被误诊为神经衰弱，因为失眠、怕热、多汗、心慌、心跳、体重下降等症状两种病都有可能出现。实验室检查能帮助作出诊断，通常以测定血中总甲状腺素（$T_4$）、总三碘甲状腺原胺酸（$T_3$）为主，如$T_3$、$T_4$增高，应考虑甲亢而不是神经衰弱。

对于甲亢的治疗现在已有不少方法。药物治疗以甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶和他巴唑（甲巯咪唑）为主，但要在医师指导下服用。放射性131碘治疗效果可和手术治疗相仿，但计算131碘剂量要准确，否则会造成甲状腺功能减退。手术治疗可以使90%以上的患者痊愈，但应当严格掌握适应证。

# 74. 甲状腺功能减退会引起失眠吗

甲状腺功能减退简称甲低，由于甲状腺激素缺乏或不足所引起。根据发病时年龄不同，可以分成三种类型：发生于胎儿期或新生儿期的，称呆小症（又称克汀病）；发生于儿童期的，称为幼年型甲低；发生于成人期的，称为成人型甲低，严重病人称为黏液性水肿。

引起甲低的原因不少，遗传、自身免疫功能障碍、甲状腺炎、甲状腺手术、不适当的药物等都可能成为甲低的原因。甲状腺激素的功能很广泛，缺乏或不足时对全身各器官都有影响，神经系统是首当其冲的器官，所以会产生一系列甲低的症状。

甲低时，尤其是成人型的黏液性水肿有时往往被忽视，病人表现为注意力不集中，记忆力减退、全身无力、懒散、行动迟缓、头昏脑涨等，不仔细问病史还真像神经衰弱，但睡眠情况和神经衰弱大不相同，甲低时主要是嗜睡，病人睡眠增加，而且在各种场合都能入睡，睡眠较深，但有时也做梦。此外食欲不好，胃口欠佳，可是体重却有增无减，便秘严重，怕冷突出，很少出汗。检查时可以发现肢体水肿，按压之不凹陷，皮下脂肪增厚，心跳慢，贫血。

怀疑甲低的病人应当查血清的$T_3$、$T_4$水平，如果水平低下就可以确定诊断。治疗主要是补充甲状腺激素，现在有口服药片很方便。在治疗过程中需注意药物剂量的调整，黏液性水肿不见得用大剂量效果好，因为病人适应了甲低的情况，一旦体内甲状腺激素过多就会反过来产生甲亢症状，出现易激惹、爱发脾气、出汗、心跳快、失眠等，所以开始应当用小剂量，逐步加量，使病人逐渐适应，这样才能取得好的效果。“欲速则不达”这句古语在治疗中应牢记。

# 75. 垂体功能亢进和失眠有什么关系

脑部的垂体可分成两部分，前部称为腺垂体（过去称垂体前叶），后部称为神经垂体（过去称垂体后叶）。腺垂体中有许多分泌细胞，分泌各种激素，其中有一种激素称为生长激素，与人的生长有关，如果分泌过多，就会产生巨人症和肢端肥大症。通常所指的垂体功能亢进多半是指生长激素细胞腺瘤或增生所致。巨人症和肢端肥大症实际上是同种原因的两种不同表现，如果发病在青春前期，由于骨骺尚未闭合，受生长激素刺激后，长骨便加速生长，结果病人全身按比例地均匀生长，身材高大魁梧，超过同龄人的身高与体重，男性可达240厘米，女性可达200厘米身高，称为巨人症。如果发病在青春期后，由于骨骺已闭合，受生长激素刺激后，长骨无法向长度方向发展，便在骨骺端增宽增粗，结果使面容、四肢的正常形态破坏，称为肢端肥大症。

不论是巨人症还是肢端肥大症，因为体内生长激素分泌是多的，所以在早期都显得体力充沛，精神抖擞，干活很有力气，动作也相当灵活。性器官发育也较早且完善，所以性欲亢进。神经系统受影响的结果是活动多、不安静、脾气暴躁，动辄发火、紧张、激动、全身酸痛，睡眠差、经常入睡困难、半夜醒转次数增多、不易再入睡，头痛（位于双颞部和额部），较少呕吐。此外病人常有心理障碍，怕别人围观，不愿与人交往，经常独居在屋内，有时产生抑郁情绪，易流泪、哭泣，甚至产生轻生念头，因而更影响睡眠。到了疾病晚期，因为生长激素分泌减少而显得萎靡、易疲劳、健忘，往往有自卑感。

对于生长激素腺瘤或增生，现在可以通过垂体区CT检查和MRI检查检出。小的腺瘤通过显微镜手术切除，效果良好。

# 76. 垂体功能低下会造成失眠吗

脑部的垂体功能可以亢进，当然也可以低下。常见原因有产后腺垂体坏死和萎缩、垂体区肿瘤的压迫、垂体手术、放疗或外伤和感染炎症等。垂体的代偿能力较强，大约在腺垂体破坏50%以上才会出现临床症状，破坏75%时，症状才明显，破坏95%时，才有严重的症状。由于垂体分泌的激素对全身各内分泌器官都有作用，所以在垂体功能低下时会出现许多内分泌器官的症状，归纳起来，大致有四组症状：①性腺功能减退，如闭经、乳房萎缩、性欲减退或消失等；②甲状腺功能减退，如怕冷、少汗、水肿、便秘、行动迟缓等；③肾上腺皮质功能减退，如疲乏无力、不思进食、发作性低血糖等；④肿瘤压迫综合征，如偏盲、头痛、呕吐、视力下降等。

就睡眠而言，在垂体功能减退的情况下多半显得嗜睡、困倦、无力，较少有失眠，但入睡后频频做梦，易醒，总的睡眠质量不高。如果合并有精神障碍，如抑郁，则也有凌晨早醒的表现，病人常常在半夜醒来，不易入睡，思考一些轻生想法，自卑感突出，有时自责自罪。因此及时诊断和治疗至关重要。

诊断垂体功能低下不难，如果血清生长激素和泌乳素水平降低，再加上性腺激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素水平下降，就可确诊。

治疗主要采用替代疗法，即甲状腺激素、性腺激素、肾上腺皮质激素等补充和替代，症状可以很快好转。但要注意不宜补充太多，以免出现这类激素引起的副作用。

# 77. 肾上腺皮质功能亢进和失眠有什么关系

肾上腺皮质会分泌许多激素，大体上说有三大类：第一类称糖皮质激素；第二类称盐皮质激素；第三类是性腺激素。肾上腺皮质功能亢进是由于肾上腺皮质激素分泌过多所引起，最常见的是糖皮质激素分泌过多，这里主要介绍的就是糖皮质激素分泌过多引起的库欣综合征。

库欣综合征可因肾上腺皮质双侧增生或肾上腺皮质肿瘤所引起，前者约占70%，后者约占20%～25%。由于糖皮质激素分泌过多，病人的脂肪代谢紊乱，脂肪堆积在面部和躯干，但四肢不明显，称为向心性肥胖；糖代谢也紊乱，病人常发生糖尿病；蛋白质代谢紊乱的结果是病人肌肉萎缩；性功能明显减退；精神心理障碍十分突出，病人早期就有失眠症状，入睡困难，睡眠不实，半夜常醒转，白天则话多，动作多，敏感多疑，情绪很不稳定，易发脾气，易和人吵架，也易哭泣、流泪。抑郁相当常见，报告称有60%～70% 病人情绪压抑、不愉快、绝望，甚至自杀。也有少数病人出现幻觉，觉得听到人家在骂他，逐渐出现被迫害妄想、关系妄想，很像精神病。

典型的库欣综合征诊断不难，只看外表就能推测其诊断，但要确定诊断仍需做内分泌的实验室检查，如24小时尿中17-羟皮质类固醇（简称17-羟）和17-酮皮质类固醇（简称17-酮）水平测定，如增高就有意义。肾上腺部位CT检查更能区别是肾上腺皮质增生还是肿瘤。对可疑病例还有其他的检查方法。

治疗以手术切除为主，不论是肾上腺皮质增生还是肿瘤，手术都是首选方法，但术后由于内分泌腺体之间的功能要重新调整，需内分泌医师仔细斟酌，如补充激素等，但对失眠来说，肯定有效。

# 78. 肾上腺皮质功能减退会引起失眠吗

这里所指的肾上腺皮质功能减退是慢性减退，也称为艾迪生病，原因过去以肾上腺皮质的结核病为主，现在以自身免疫机制占相当重要成分。

艾迪生病外观最突出的一点是色素沉着，全身皮肤、黏膜色素加深，面部、四肢等暴露部分，关节伸屈面、皱纹等易摩擦部位，乳头、乳晕、外生殖器、腋下、腰臀皱襞，下腹中线、痣、瘢痕、雀斑等尤为显著。口腔、唇、舌、牙龈及上颚黏膜上均有大小不等的黑色素沉着。其他有血压低，食欲缺乏、全身无力等症状。肌肉无力也很明显，有时发展成为四肢瘫痪。精神心理症状包括易激动、易哭泣、情绪不稳定，失眠经常性，不易入睡，也易醒转，如果合并，则情感压抑、低落者失眠就更严重。有些病人会出现一种特殊的表现，称为违拗，即请病人做什么动作他偏不做，或做相反的动作，如请病人伸胳膊，病人偏要屈曲。如果血糖过低，病人会产生低血糖性昏迷。

艾迪生病的诊断不太容易，单凭外貌有色素沉着是不够的，一定要做24小时尿的17-羟和17-酮水平测定，如果降低才会有诊断价值。有时需要做促肾上腺皮质激素实验（简称ACTH试验），即静滴ACTH后测尿中17-羟和17-酮能不能上升，如不能上升说明肾上腺皮质功能很差。

治疗以补充肾上腺皮质激素为主，可口服泼尼松，静滴氢化可的松等，效果满意。但这种治疗一定要在内分泌医师监测下方可进行，以免出现意料不到的副作用。病人或家属不要自行使用。

# 79. 糖尿病会不会引起失眠

糖尿病是一组常见的内分泌代谢病，根据1980-1981年全国14省市30万人口的流行病学调查，患病率为6.74‰，计算出我国约有700万人患糖尿病。实际上目前有8000万人患糖尿病，较20世纪80年代调查结果要高，而且专家预测，进入21世纪我国糖尿病病人的数字还会增多。

糖尿病虽然各年龄组都会患病，但以45岁以后明显上升，60岁左右达高峰，说明是以中老年为主的疾病。男女性别患病的差异不大。最重要的一点是糖尿病分为两型，胰岛素依赖型为1型糖尿病，与遗传有关，儿童和青少年时期就得病；非胰岛素依赖型为2型糖尿病，与遗传也有一定关系，主要见于中老年。

糖尿病的典型症状可以归纳为“三多一少”，即多饮、多尿、多食、体重下降。病人每日饮水量可达5000～8000毫升，但仍不解渴，排尿量也明显增加，每昼夜总尿量可达2000～4000毫升，夜间也要多次起床排尿。进食量多，每顿主食可食500～1000克，尽管进食多，可是还觉得疲乏无力，体重明显下降。“三多一少”症状在1型糖尿病病人表现特别明显，2型糖尿病病人有时表现不典型。除此之外，皮肤瘙痒也是重要症状，以外阴部为最明显。自主神经功能失调症状也不少见，如四肢麻木、腰酸背痛、月经失调、腹泻、便秘、阳痿、出汗等。

糖尿病病人失眠者也很多，主要原因有两个：一是夜间多尿，在入睡后因多尿而上厕所，整夜不能安睡；另一是皮肤瘙痒，尤其以夜间入睡时为最明显，全身瘙痒使病人也难以入睡，而且即使入睡后也会痒醒。所以糖尿病病人的睡眠质量不高，经常处于浅睡状态，很易醒转，以致第二日白天没有精神，人感到困倦。

糖尿病的诊断不难，血糖水平升高、糖耐量试验不正常、尿糖阳性就是有力的证据。及时控制糖尿病十分重要，因为可以避免许多重要的并发症，如冠心病、脑血管病、周围神经病、肾病等。

# 80. 溃疡病也会影响睡眠吗

溃疡病主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，因为胃酸和胃蛋白酶对黏膜的消化作用是溃疡病的基本要素，所以有时也称为消化性溃疡。

溃疡病是一种常见病和多发病，总发病率可能占人口的10%~12%。十二指肠溃疡比胃溃疡略多一些，约为六成与四成之比。发病以青壮年居多，21~50岁发病者占74%左右。男性比女性易患病，约为5：1~6：1。遗传、地理因素、精神心理因素、饮食因素、吸烟、幽门螺杆菌感染等多种因素都是引起溃疡病的原因。

溃疡病的主要症状是上腹痛，这种上腹痛具有长期性、周期性和节律性的特点。疼痛可以持续6~7年，甚至10年以上。反复发作疼痛以春秋季为最多见，有越来越重的倾向，但也能逐渐缓解好转。疼痛的节律性往往和进食与服药有关，胃溃疡因从凌晨3点至7点胃酸分泌最少，所以疼痛最轻。有一部分十二指肠溃疡病病人往往夜间胃酸分泌较多，可以发生半夜疼痛，这种半夜定时疼痛的症状可以成为十二指肠溃疡的诊断依据之一。溃疡病的上腹疼多半位于上腹剑突下或脐右上方，疼痛性质为饱胀感、饥饿感、灼性疼痛，令人难受。病人常用按摩上腹部、休息、吃东西、导吐来缓解疼痛。

由于溃疡病造成的胃肠功能紊乱，病人经常返酸、嗳气、恶心、呕吐、食欲减少、体重下降，再加上上腹部疼痛，所以病人经常失眠，入睡困难，夜间因腹痛或其他不适而醒转，醒后又难以再入睡。白天则因睡眠不好、进食不佳而感到疲劳、乏力。

目前诊断胃溃疡不难，胃镜检查是最可靠的方法。治疗的方法很多，如止酸药、抗胆碱能药、组胺$H_2$受体拮抗剂，保护胃黏膜药等都有效。如果药物治疗不满意，还可以做手术切除。

# 81. 什么是哮喘引起的失眠

哮喘是一种变态反应病，由于变态反应原或其他因素引起气道广泛性狭窄，病人感到发作性胸闷、气短、咳嗽、呼气时带有哮鸣声音。哮喘的患病率为0.5%～2%，我国各地区调查的结果高低不同，最高达5.3%。本病可发生于任何年龄，但半数以上在12岁以前发病，在哮喘患儿中，约有70%发病于3岁之前。男女没有差异。

哮喘的病因较复杂。遗传是重要的因素，现在大多数学者认为哮喘是一种多基因遗传病，亲缘关系越近，发病率越高。变态反应是另一个重要因素，如各种物质的吸入，包括花粉、真菌、尘螨、动物毛屑、氯、氨、尿素、甲醛等；过敏性食物，包括虾、蟹、鱼类、贝类等的摄食都是重要的诱发因素。感染是另一个诱发因素，很多病人的哮喘发作与急慢性支气管炎有关系，因此每年冬季呼吸道感染好发季节也就成为哮喘的好发季节。此外，精神心理因素、气候改变、运动、药物等都可能与哮喘发作有关。

哮喘发作前有先兆症状，如打喷嚏、流涕、胸闷、憋气、咳嗽等，接着呼吸困难，咳嗽频繁但无痰或只有泡沫痰，唇甲青紫，端坐呼吸，不能平卧，呼气声中全是哮鸣音，病人和家属都能听到。在发作期，由于呼吸困难，病人根本无法平卧，所以根本无法入睡，只有在极度疲乏时稍稍打盹一会儿，但很快又被憋气所惊醒，结果睡眠节奏全部打乱，使病人感到极度瞌睡而又睡不着，烦恼、激惹便因之而起，疲劳无力也相继而来，人极度不适。

哮喘发作期的急性治疗是十分必要的，可以立刻解除病人痛苦，如用拟肾上腺类药物、茶碱类药物、抗胆碱类药物、肾上腺皮质激素等，效果良好。但重要的是预防发作，增强体质，避免哮喘再发。

# 82. 高血压会使人失眠吗

高血压是指人体血压超过130/90毫米汞柱，是中老年最常见的心血管疾病。通常看到的高血压病人都属于原发性高血压，约占全部高血压病人的90%以上。

高血压在我国的患病率为7.73%（包括临界高血压），目前我国高血压患者已经达到1亿多人口。40岁以上患病率增高，男女的差别不大。高血压的原因目前仍不清楚，但遗传因素很重要，高血压病人有阳性家族史者占40%~60%。年龄增长是另一个重要因素。食盐摄入量过多、脂肪食物过量、吸烟、大量喝烈性酒、肥胖、工作过度紧张等都是诱发因素。

高血压病人的个性以A型行为为主，如时间紧迫感、匆忙感、怕完不成任务感、一心一意钻研感等，对疾病并不太在意，所以大多数病人早期症状并不明显，只是在体格检查时偶尔发现高血压，而且血压时高时低，使得病人不会去想服药治疗的事。等到症状比较明显时才发现血压增高已经不再下降，此时会出现头痛、头晕、头胀、顶部紧箍感、后枕部和颈部发僵感、耳鸣、脑鸣、注意力不集中、记忆力减退、四肢麻木、易激惹、易发脾气等症状。睡眠也很差，入睡困难、易醒、噩梦多，总的睡眠质量差，白天不解乏。实际上，这些症状与其说是高血压引起的，还不如说是高级神经功能失调造成的，与神经衰弱十分相像。

高血压病可怕的是并发症，冠心病、脑出血、脑梗死、心肌梗死、肾病等都是高血压致命的并发症，患这类并发症后治疗比较困难，所以控制高血压，预防并发症是当务之急。可惜的是现在许多高血压病人对这一类问题认识不足，北京市统计真正严格服药控制高血压的病人还不到5%，所以医师要大声疾呼：请重视高血压，控制高血压！

# 83. 精神分裂症和失眠有没有关系

精神分裂症是一组以思维障碍为主要特征的精神病，伴有情感和行为异常，病程迁延，缓慢进展，最终往往以衰退作为结局。根据流行病学调查，我国精神分裂症的患病率为5.69‰，城市为6.06‰，农村为3.42%，城市明显高于农村。发病年龄以16～35岁为最多，占住院病人的80%以上。男女性别有差异，女性发病多于男性。经济水平低的阶层发病高于经济水平高的阶层。

虽说精神分裂症可以分成几个类型，什么单纯型、青春型、妄想型、紧张型等等，但最主要的一点是思维的异常，病人和正常人的交流发生困难，无法沟通，病人可以夸夸其谈1～2小时，可是别人无法了解病人想要说的究竟是什么？就像隔了一层幕布一样，这才是真正的精神心理活动的“分裂” 。

如果询问精神分裂症病人的睡眠情况，失眠是非常普遍的现象。病人往往入睡困难，脑子里浮现出不少古怪的想法，以致难以入眠。有时在夜深人静时醒转，又在胡思乱想些什么。不过一旦睡着后，就会一觉睡到红日高照，甚至到次日中午才醒，使睡眠变得极其不规则。多导睡眠仪检查可以发现睡眠的潜伏期明显延长，甚至长达几个小时都未入梦乡。REM睡眠的潜伏期则缩短，但总的时间尚正常。N R E M睡眠也减少，尤其是NREM IV期减少至少一半以上，相反，NREM I期则增多，中间还经常醒转。

精神分裂症的失眠和其他症状有密切关系，在精神症状好转后，总的睡眠时间延长，睡眠深， NREM IV期增加， I期减少，醒转次数减少。但REM睡眠剥夺后会有反跳现象，以致噩梦增多，病人有恐惧感。

# 84. 情感性精神病是否总有睡眠障碍

情感性精神病是指一组以情感障碍为主要特征的精神病，病人或表现为兴奋，或表现为抑郁，但通常都不会衰退。反复发作是本病另一个特点。情感性精神病的患病率欧美国家较高，为2～5%，而我国1982年和1992年的统计资料才0.37‰和0.84‰，比欧美国家低30多倍。发病年龄多半在青壮年，女性患病的多于男性。

情感性精神病有两种表现形式，一是躁狂，即话多、行动多、情感高涨；另一是抑郁，表现为情感压抑、低落、话少、动作慢。但不论是躁狂还是抑郁，都有睡眠障碍。美国统计抑郁症病人约80%都有失眠，而被诊断为失眠的病人中有35%是抑郁症，可见慢性持续性失眠病人实际上是抑郁症的一个表现。

抑郁症病人的睡眠障碍很特别，入睡困难并不太突出，但半夜或凌晨早醒非常显著，而且不易再入睡，在这种黑夜中醒来的漫漫长夜里，病人思考的都是不愉快的往事和经历，反复思索生存的意义，以致会做出自杀的想法甚至付诸实施，所以这种睡眠障碍是十分危险的。由于夜间睡眠不好，白天病人感到疲惫不堪，全身无力，十分想睡可又睡不着。多导睡眠仪检查可发现REM睡眠的潜伏期缩短，也就是说病人入睡后很容易进入REM。而NREM睡眠的III、 IV期明显减少，I期增多，醒转次数增加。结果睡眠变得十分片段化，与临床上观察到的睡眠情况十分符合。

随着病情的好转睡眠障碍也会好转，表现为入睡潜伏期缩短，NREM 睡眠的III、 IV期增多而I期减少，半夜也较少醒来，可是REM睡眠的潜伏期虽然延长些但较正常人仍短。情感性精神病抑郁症状复发的先兆是睡眠不好，所以在服药治疗的过程中观察睡眠情况很重

要，一有变化应及时向医师报告，要采取预防措施以免病情加重或复发。

# 85. 反应性精神病会失眠吗

反应性精神病是指由于强烈的精神创伤所引起的精神障碍，这些精神创伤实际上就是生活中遇到的一些不幸事件，如亲人突然死亡、巨大的灾难、配偶不告而别、子女被绑架等，是感情上非常难以接受的意外。精神症状和这些生活事件密切相关，容易被别人理解。经过适当的治疗，效果良好。

反应性精神病由于定义不一致，患病率的数字出入很大。北欧国家患病率约为1%，我国1982年调查数字为0.68‰。发病年龄较广，从少年到老年都可以发病，但以青壮年居多， 20～40岁发病者占80%以上。男女性别无什么差别。

急性反应性精神病在临床上较常见，由于来势迅猛的精神创伤所致，症状可以在数分钟到数小时之内出现，持续时间不长，几天到一周之内可恢复正常。病人表现的形式不一，有的以意识错乱为主，答非所问，行为异常，醒后有些遗忘，记不清自己所说的话和所做的事。有的病人则表现动作多、话多、到处乱跑，嘴里说的和精神创伤有关。有的则表现为呆愣，两目直视，呆若木鸡，问话不答，连针刺也缺乏反应。但不论病人表现如何，失眠是一定存在的症状。病人可以接连几夜不眠，瞪目直视，白天照样出现症状，或稍稍打盹一会儿又说话或不说，一般会持续2～3夜，才逐渐睡眠。其他还有延迟性反应性精神病和持久性反应性精神病等。

诊断反应性精神病要慎重，只有在精神创伤足够强烈，而且能被别人理解的基础上出现精神症状才能考虑，否则应严密观察，切勿误诊。

治疗以用镇静安眠药为主，尤其是急性病人用药后多半能很快好转，然后会倾诉心中压抑的情感，如果再加上心理治疗，效果一般是

很满意的。

# 86. 抽动秽语综合征与失眠有关系吗

抽动秽语综合征又称多发性抽动症，是指一组头、面、颈、躯干或肢体的肌肉抽动，伴有咽喉部发声的疾病，严重时可不自主地骂人、说脏话。本病多发生在3～12岁儿童，男性多于女性。到了青春期以后，症状会逐渐减轻以至消失，持续到成人期的病人极少。

虽说1825年已经有医师描述了本病的表现，但迄今为止原因仍不清楚。有些学者认为脑部有病变，主要是神经递质功能失调，尤其是多巴胺活动过度，所以引起抽动、多动。也有些学者认为心理社会因素在发病中起很大作用，因为多子女家庭很少发现本病，而目前一个子女家庭往往发病者较多，可能和家庭、学校教育方式有一定关系，何况大多数儿童到了发育期以后会自动好转，用脑部病变不太好解释。

抽动秽语综合征儿童常常诉述睡眠障碍，主要是入睡困难，比较容易兴奋，但入睡后尚正常，有时较易醒来。多导睡眠仪检查也证实了这一点睡眠潜伏期一般正常，并未过分延长，总的睡眠时间也正常，但中间清醒次数较多。总的NREM睡眠减少， REM睡眠有的报告减少，有的报告正常，结果不太一致。在睡眠中可以见到肌肉的抽动，在肌电图上能够记录下来。

由于病因不清楚，治疗只能是对症的。氟哌啶醇是目前最常用而且效果也最满意的药物，可是有嗜睡、少动、颤抖等副作用，一般儿童和家长不易接受。心理治疗也很重要，家长不要给儿童带来心理的负担，如带着孩子到处看病，使孩子误认为自己身患重病，心理发育会受到障碍，很容易衍生出其他神经症的症状来，如头痛、头晕、记忆力差等，这点千万要注意。

# 87. 儿童睡眠不好的原因是什么

儿童与成人不同，处在生长发育旺盛时期，神经系统虽然发育还不成熟，但修复的能力很强，有很大的可塑性。应当说儿童的睡眠是很好的，需要的睡眠时间也比成人长，但确实有些儿童睡眠较差，其中的原因比较复杂，这里我们只能作一个简要的分析。

婴幼儿应当睡眠长达18小时以上，如果烦躁不安、啼哭不眠，并非是饥饿或排尿便所致，应该想到全身感染性疾病的可能性，如发烧、腹泻等，个别的情况也要考虑颅内感染或出血的可能性。请儿科专家诊治是首要的步骤。

学龄前儿童通常睡眠也较多且深，如果不易入睡，经常醒转，也要想到全身疾病的可能性，特别是发烧、头痛、咳嗽、咽痛、腹泻等。五官科的疾病比较隐蔽，但也足以影响睡眠，如鼻窦炎、中耳炎、龋齿等。有些寄生虫病也会造成睡眠不好，像蛲虫病经常造成肛门口痒感，蛔虫病引起消化不良等，需要化验大便来确诊。少见的情况如结核、肝炎等引起儿童低热、烦躁不安等，也会造成失眠。

学龄期儿童失眠除了上面谈到的一些疾病之外，还要考虑一些社会心理因素，家庭的纠纷、父母亲抚养孩子观点上的差别、经济状况、学校里老师的态度、与同学们的交往等都有可能影响儿童，有些性格较内向或不稳定的儿童会产生焦虑或抑郁的情绪，以致失眠。目前每个家庭只有一个孩子，独生子女的心理素质的形成是十分重要的，不少独生子女依赖性太强，独立生活能力差，遭受挫折后克服困难的能力差，所以心理障碍并不少见，失眠也不少见，这点应当引起社会、家长、老师的注意。切勿以为儿童不会患心理障碍。

青春期的孩子失眠颇为常见，学习、工作、生活等因素都有可能成为原因，要做细致的工作来了解他们的心理状态，才能针对性地开

展治疗，靠服安眠药是不能解决根本问题的。

# 88. 梦游有哪些特点

谈到儿童睡眠障碍，总有人会想起某些电影或电视中的情节：一个孩子双手平举，两眼直视前方，慢慢走出房门到马厩去、到花园去，在那儿待一会儿，然后又回到床上躺下。有没有这种情况呢？肯定是有的，可是情节远远比这个复杂。有的孩子起床后在靴子里撒尿，有的孩子爬到窗台上想往外跳，有的孩子被东西绊倒后头部受了外伤，凡此等等情况，如果叫醒孩子，他并不能回忆起来，或者只告诉你，他在做一个梦，医学上称之为梦游，属于睡眠疾病之一。

梦游是睡眠中的自动动作，在梦游时孩子的意识并不清醒，可是手脚还能自由活动，所以能够下床、行走、排尿等，但不能回忆起这些举动。多导睡眠仪检查发现梦游多半发生在NREM的III、 IV期，即深睡期，一般来说很少做梦，就是说做梦的也只是十分短暂的、片断的梦境，如追赶一样东西、想上厕所等，不系统，很凌乱。

家长对儿童的梦游经常怀有恐惧心理，不知道孩子得了什么大病。实际上梦游需要慎重对待的是癫痫的一种表现形式即神游症，两者虽然名称相似，但神游在白天也可发作，而且可以持续相当长的时间，几天到几月。脑电图检查可发现神游的儿童有癫痫波——棘波或尖波，而梦游儿童是高波幅的大慢波，两者完全不同。如果确诊为梦游之后，家长可放下心来，因为梦游绝大多数发生在儿童期，到成人阶段会自行痊愈，不治疗也会好。

至于发生在成人的梦游是相当少见的，如果成人有梦游，就要考虑神经症或精神病，应当请精神科医师诊治了。

# 89. 夜惊和梦游一样吗

夜惊多见于儿童，往往在入睡后15～30分钟出现。儿童在睡眠中突然哭喊、惊叫，两眼紧闭或瞪目直视，从床上坐起，个别的跳到地上，表情紧张、恐惧。意识并不清楚，往往在家长弄醒后表现茫然，不知道发生了什么事，说明事后并不能回忆，有些儿童则称做了一个梦似的，梦境较恐怖，但大多数儿童说不出什么梦境。

夜惊和梦游并不完全相同，夜惊多半是在睡眠中惊叫、哭喊、坐起来，时间只持续数十秒钟。梦游则在睡眠中突然起床，有简单的动作，持续时间较长，达数分钟之久。

多导睡眠仪检查可以发现夜惊发生在NREM第IV期，突然转成清醒状态脑电图，但此时儿童并未完全清醒过来，表现为强烈的情感反应：恐怖、不安、焦虑等等，有些学者认为夜惊属于从睡眠到清醒过程的障碍，即清醒不完全。和梦游相比较，多导睡眠仪检查的发现也是在NREM III、 IV期，不过突然出现的是大慢波，可能也属于清醒状态的障碍，但两者是否就是程度深浅不等，迄今为止没有定论。

夜惊的诊断不难，关键是要和癫痫发作相区别，癫痫60%以上都以全身抽动为主要表现，伴有咬舌、尿便失禁等，夜惊不会有这种症状。最可靠的检查是脑电图，癫痫在脑电图上有特征性的棘波或尖波，夜惊则没有。

夜惊也可以说是儿童神经系统发育尚未完全成熟的表现，所以到成人期一般都能消失，不一定要服药治疗。晚间睡眠前不宜看恐怖电影、电视或书籍，这对儿童大有好处，可能会预防夜惊发作。

# 90. 梦魇是狐狸精作祟吗

有一些病人睡到半夜在将醒未醒之际或是刚刚入睡在将睡未睡之际，突然感到四肢完全不能动弹，也发不出声音，可是头脑却十分清醒，过数十秒钟后才好转。发生这种情况使病人感到恐惧非凡，唯一的解释是老人们说的：狐狸精压住四肢了。医学上把这种症状称为梦魇，也属于睡眠障碍之一。

老人们的解释在自然科学还不很发达的时代还可以被人接受，时至今日，高楼林立，家用电器比比皆是，什么地方还有可能跑出一只狐狸来？狐狸精又怎么来作祟呢？所以这种说法可以不攻自破了。梦魇现象根据多导睡眠仪检查来看，多半发生在REM睡眠期，在病人入睡后，经历了NREM睡眠各期，到了REM睡眠期，就发生了许多梦境，有的梦境恐怖而刺激，形象栩栩如生，病人会从梦境中惊醒过来，当时意识已基本清醒，但管理四肢活动的功能还没有完全恢复，所以尽管心里明白却指挥不了四肢的动作。实际上只要有人在身边猛击一下床或大喊一声名字，症状就会立刻好转，一切都恢复正常，如果让病人谈谈当时的情况，他会很清晰地描述做梦的情景。

梦魇在儿童或成人都有发作的可能。根据医师观察，有强烈的精神创伤者、有精神心理障碍者、有内脏疾病者、缺觉多日而引起R EM睡眠反跳者都容易发生梦魇。通常不必治疗，因为发作会自行停止。只有在一段时间内经常出现梦魇者，才需要服药治疗。

# 91. 睡眠时惊跳是因为在长高吗

不知道你是否有过这种经历：在迷迷糊糊将睡未睡之时，一侧下肢可能会突然发生短促地抽动，有时可因此从睡梦中惊醒，如果你正处于青春发育期，有些老人可能会告诉你这是因为你正在长高。人类身高的增长的确发生在夜间，但这种现象与长高并无关系，而是属于一种睡眠障碍，称为“睡眠惊跳”。

睡眠惊跳是指在睡眠开始过程中躯体一侧或两侧突然发生短促地抽动发作，可能与睡前摄入过量咖啡因或其他兴奋物质及近期体力劳动或体育锻炼强度较大有关。这种情况可见于任何年龄的人群，主要表现为于睡眠开始时，下肢突然发生单次、短促的肌肉收缩，导致下肢抽动或惊跳，有时可累及躯干、上肢和头部。惊跳可自发产生，亦可由刺激引起，常可伴有噩梦。慢性严重者可导致患者害怕入睡或引起慢性焦虑症状，甚至可出现睡眠剥夺、睡眠始发障碍性失眠等。

一般无须特殊治疗，多数可自行缓解，严重者极为少见。

# 92. 你在睡眠中腿老动吗

问你这个问题，可能答不上来，因为睡着之后什么感觉都没有了，腿动或不动自己根本不知道。但是问问你的父母亲或爱人，他们也许会说："是的，他的腿总在动。"或是说："没有，他的腿从来也不动。"但是确实有少数的病人，在睡觉时感觉到腿在跳动，有时动到能把自己"吵"醒的程度，影响了睡眠。这种睡眠中反复发生的下肢肌肉收缩，称为睡眠中周期性动作，或夜间肌阵挛。

夜间肌阵挛可发生于任何年龄。婴幼儿实际上在睡眠中肌肉跳动的机会很多，这是因为婴幼儿的神经细胞发育得还不够成熟，对肢体的控制不能随心所欲，所以容易出现肢体肌肉的兴奋性跳动，一般不需要治疗，等到神经细胞发育成熟后就能好转。儿童也经常有类似的肢体跳动，特别是做梦较多或白天过度兴奋的孩子更容易发生，有些家长对这种症状很敏感，怕孩子得了抽风病，就带上孩子到处求医，搞得大人和孩子都很紧张。成人发生夜间肌阵挛的机会较少，只有在做梦频繁的情况下才可能出现。老年人发生此病的机会比成人多，有时与不安腿综合征、椎管狭窄、下肢动脉硬化等病重叠存在，使诊断复杂化。

总的来说，男性发生夜间肌阵挛的多于女性。

夜间肌阵挛的原因不明，婴幼儿和儿童期可能和脑神经细胞发育不够成熟有关，有些病人有遗传病史，家庭中有类似的病人。多导睡眠仪检查常常是正常的，只是有阵发性的肌电活动夹杂在其中。

治疗上没有特效方法，用镇静药物可以暂时有效，但不宜长期服用。

# 93. 入睡前腿总感到不舒服是什么病

有一部分中老年人在上床睡觉后就感到两条腿不舒服，这种不舒服的感觉很难形容，有人说是胀感，有人说是肿感，也有人说是酸麻、火烧、发热、发凉、发沉等，但并不是痛。这种不舒服的感觉使中老年人无法入睡，只能下地活动，说也奇怪，活动后会好转，但再躺在床上又不舒服起来，逼得病人每天晚上总得起床5～6次之多，直到精疲力竭才迷迷糊糊地睡着，到次日醒来一切都正常，这种古怪的病称为不安腿综合征或不宁腿综合征。

不安腿综合征的病因并不清楚。有人认为中老年人容易有下肢动脉硬化，血管变细，血流不太通畅可能是一个原因，但是为什么休息时发病，活动后反而好转？这和一般的血管病不符合。另外有人认为中老年人容易患骨质增生，椎间盘突出，如果腰骶部骨质增生和椎间盘突出，会造成腰骶部的椎管狭窄，影响局部的血液循环，也可以压迫神经。不过并非每一位不安腿综合征的病人都有腰骶部椎管狭窄，所以椎管狭窄可能只是少部分病人的原因。还有人认为不安腿综合征属于精神心理因素，如中老年人受到精神刺激，心境不舒畅，有些焦虑或抑郁反应，先有失眠，时间久了才发生不安腿综合征的症状。总之，到现在为止，这个病的原因并未搞清楚。

多导睡眠仪检查并未发现不安腿综合征病人有什么问题，因为病人一旦入睡后就没有不正常的表现，所以临床观察和仪器检查的结果很符合。

治疗比较困难。用镇静催眠药对一部分人有效，主要是帮助尽快入睡，减轻入睡前的各种不适感，但不能根本解决问题。适当增加下肢的活动量，睡前用热水洗脚，有条件时做做理疗有时挺有帮助。

# 94. 你听说过“睡瘫症”吗

有一些病人睡到半夜，在将醒未醒之际或是刚刚入睡在将睡未睡之际，突然感到四肢完全不能动弹，也发不出声音，可是头脑却十分清醒，因此感到十分恐怖，持续数分钟后可好转，完全清醒后可回忆当时发作体验。医学上把这种现象称为“睡瘫症”。

睡瘫症是指在睡眠期间发生的短暂的自主运动不能的恐怖性体验，可发生于睡眠的起始阶段或觉醒过程中，也可见于夜间或早晨。常与不规律的睡眠习惯、睡眠剥夺、三班倒、跨越时区、过度疲劳或仰卧睡姿有关。可能因REM睡眠期的肌张力低下在不适当的时间被激活或控制REM睡眠期的运动抑制机制发生病变所致。

常见于青少年。多发生于入睡或觉醒过程中。主要表现为患者突然发现自己处于麻痹状态，肢体、躯干及头部的任何微小运动都完全不能进行，同时亦不能睁眼、讲话、发声或呼吸。发作过程中，患者意识完全清楚，并能充分意识到自己的处境，因此感到十分恐怖。一般持续数分钟后，可自行消失或在外界刺激下消失。有些患者可借助反复努力移动肢体或强有力的眼部运动中断睡瘫症的过程。患者在第一次发作后，常因对发作过程的害怕体验而心情焦虑，担心会不会再次发作或在下次发作时会不会产生什么严重的不良后果。随着发作次数的增多，在知道整个发作过程短暂且无不良反应时，焦虑情绪可消失。

由于该病发作频率较低，大部分患者一生中仅发作1～2次，且没有明显不良反应，因此，不一定要治疗。为预防发作，可改善不良的睡眠习惯，避免过度劳累及仰卧睡姿等。发作频繁者，可在医生的指导下适当应用药物。

# 95. 夜间磨牙是因为肚子里有虫吗

小时候常听大人们说某某家孩子磨牙，自己常常感到困惑不解，进一步询问，大人们会告诉你，磨牙是因为肚子里长了蛔虫，到了晚上入睡后，肚子里没有了食物，蛔虫感到饥饿，到处游动才导致磨牙。直到上大学住了集体宿舍以后，才真正体会到什么是磨牙，原来磨牙是在睡眠期间出现的强烈的牙齿摩擦或咬牙，声音极其刺耳，而磨牙者本人往往并不知道。那么磨牙是不是真的因为肚子里有蛔虫呢？

其实，这种说法是错误的。现代医学认为夜间磨牙是一种睡眠障碍。正常情况下，在人的大脑里存在一种抑制磨牙的高级中枢，当这个中枢受到疾病侵袭后，由于不能发挥抑制作用就会导致磨牙。此外，磨牙还与下颌关节畸形、心理压力增大有关。有些患者在参加考试、变换工作或丧失亲人的时候容易出现磨牙，便是心理压力导致磨牙的一种具体表现。目前，有医师发现磨牙还与应用多巴胺、抗抑郁和抗精神病等药物有关。

一般情况下，对于偶尔发作的磨牙患者并不需要特殊处理。若磨牙的发作与心理压力有关，可采取心理治疗。若磨牙是由于下颌关节畸形所致，则应请求牙科医生的帮助。如果磨牙是某种中枢神经系统疾病的后遗症，则可采取佩戴护牙托的对症处理。所谓护牙托，是一种橡胶装置，夜间睡眠时戴在牙齿上，可防止因磨牙带来的牙齿损害和噪音。

由于可引起磨牙的因素很多，且不同原因的治疗方法不同，因此，如果存在严重的夜间磨牙，应及时到医院就诊以获得恰当的治疗。

# 96. 整天想睡是病吗

谈到失眠，人人都懂，但也有一部分人总想睡，而且可以一天到晚地睡，可就是睡不够，这算不算是病呢？

多睡和失眠一样，在医学上也认为是病态。因为人除了睡觉之外都应当保持清醒，否则一天到晚迷迷糊糊，昏昏沉沉，什么事也都做不成了。当然多睡也有许多不同的原因，如果属于一段时间内睡眠剥夺，即强制人不许睡觉，如学生考试前的熬夜，那么当睡眠剥夺终止后，人会感到格外疲劳，整天瞌睡，这是一种睡眠的补偿，不能算疾病。我们所说的多睡是指有少数病人在任何条件、任何情况下都抑制不住地瞌睡，如爬梯子时、游泳时、走路时、驾驶时、吃饭时、开会时等，由于情景和场所不同，这种睡眠会造成别人和自己的伤害，而病人却我行我素，照睡不误。这种多睡便是一种病态，它包括发作性睡病、 Kleine-Levin病、特发性过度睡眠、创伤后过度睡眠和阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等几种类型，我们将在后面逐一介绍。

# 97. 为什么有人在大笑大哭时就摔倒

生活中，你可曾遇到这种情况：当一个人在很高兴时大笑或极度伤感时大哭的情况下突然摔倒，全身发软，但心里很明白，过了3～5秒钟就好了，而且可反复发生，医学上称为“猝倒症”，它是发作性睡病的一种特殊表现。

发作性睡病，又称为过度睡眠或异常动眼睡眠，多半在青少年起病，男孩较多见。有些病人可有家族史，现在也确实发现病人有不正常的基因。不过脑炎、脑膜炎、头部外伤、脑瘤等病有时也可以引起发作性睡病。

典型的发作性睡病具有白天过度睡眠、猝倒发作、睡眠麻痹和入睡前幻觉等四联症。白天过度睡眠是发作性睡病的典型症状，它是指白天发作的不可控制和不可抗拒的睡眠，在什么情况下都可发生，睡眠时间长短不一，最短5～10分钟，最长几小时，视有没有人叫醒病人而定，这种睡眠常常伴有做梦。别看病人白天常常大睡，到了夜晚，睡眠却很不理想，入睡快，易醒转，做梦多，常吓醒，所以夜睡很片段，质量不高。

猝倒发作的表现如上面描述的那样，虽然病人心里明白，但控制不住自己，在大笑或大哭时会突然倒下去。现在认为猝倒发作是由于情绪强烈释放后，全身肌肉张力短时间消失，结果人体无法维持体重而倒下之故，但很快就能恢复。

另外，睡眠麻痹是指在将睡未睡或将醒未醒时四肢突然不会动弹，虽然心里明白，但控制不了，就是梦魇。这种情况常会被人蒙上一层迷信的色彩，使病人感到恐惧。

入睡前幻觉是指病人在将睡未睡或将醒未醒之际听到有人叫自己的名字，和自己说话，或看见动物、人物在眼前晃动，但到入睡后或清醒后就消失了。

多导睡眠仪检查对发作性睡病的诊断极有价值，当病人入睡时，仪器上首先出现的不是NREM I～II期，而是一上来就出现REM睡眠，这种睡眠周期的颠倒、不正常正是发作性睡病的特征，所以有条件做多导睡眠仪的医院对诊断发作性睡病可以说是百发百中的。

发作性睡病被医学界发现至今已有上百年的历史，目前治疗方法较多，包括一般处理、心理治疗和药物治疗等三大方面，一经怀疑，应及时到医院确诊，并寻求治疗。

# 98. 发作性睡病有药物治疗吗

发作性睡病因为病因还不太清楚，所以目前尚无特效治疗方法。但是近年来不少学者发现患者的脑内缺乏一种称为orexin的物质，有的病人可以完全没有。用一种幽默的说法来讲，这种物质像西游记里孙悟空变出来的“瞌睡虫”的对立面，如果它在脑内，人就不会睡觉，如果把它拿掉，人就会整天呼呼大睡。不过有学者将这种物质注射到人体内并不能治愈发作性睡病，所以，科学家还在研究这种物质和疾病之间的确切关系。

现有的治疗药物主要属于中枢兴奋药，如安非他明（苯丙胺），甲哌酯（利他林）等，但是这类药使用不当有药物依赖或成瘾的可能性，所以，一般不用。现在有一个新药叫莫达芬尼，虽然也属于中枢兴奋药，但是根据国外使用的经验，该药的药物依赖和成瘾的机会不大，因此相对比较安全。相信在不久的将来中国也会有这个药，为发作性睡病的患者带来福音。

# 99. 有没有又贪睡又贪吃的病

听起来像是个懒病：又贪睡、又贪吃，实际上这是一种少见的睡眠病。在做动物实验的过程中，影响猴子某些脑内组织如下丘脑、杏仁核、海马等，猴子就会呼呼大睡，醒来后贪吃，往往比平时多吃好几倍，同时性格暴躁、容易打闹，性本能亢进、追逐异性等。在医学上用两位首先报告者命名，称为Kleine-Levin综合征。

人类有没有这种少见的怪病呢？有的！这种病人年龄比较轻，大概在15～20岁之间。男女性别都可以罹患，但男性略多见。最典型的表现是周期性嗜睡，病人在发病时有不可抗拒的睡眠渴望，在什么情况下都会睡着，而且一睡就是几天，有时长达十余天，推之可醒，稍事吃东西或上厕所后又睡，基本上不醒。到了睡眠期过去后，病人突然如梦初醒，大叫肚子饿，就拼命吃东西，数量比往常多出几倍，而且不停地吃，甚至偷东西吃。与贪吃同时，病人表现性功能亢进，爱和异性交往，有时出现手淫行为。性格也变得烦躁不安，稍有不遂，就骂人、打人、毁物，使家人不知所措。幸亏这段时间不长，约1周左右逐渐平息。一般在一生中发作一次，但也有反复发作者。

迄今为止，对这种怪病的原因还不清楚，不少学者认为属于下丘脑和边缘系统的疾病，可能和感染、炎症有关，有一小部分病人也可能是肿瘤。所幸的是，绝大多数病人都可以自愈（除了肿瘤之外）。

在发作时做化验，头颅CT和MRI大多数正常，脑脊液检查也正常，只有脑电图检查有许多慢波，但到发作过去后一切都正常，脑电图也恢复正常。

因为原因不明，所以治疗上还没有好的办法，但如果病人出现行为异常，可以用一些镇静药来控制。如果是肿瘤，则要考虑手术切除、放射治疗或化学药物治疗。

# 100. 什么是特发性过度睡眠

如果你曾经在睡眠门诊看过病，那么你是否听说过“特发性过度睡眠”呢？这又是一种什么样的睡眠障碍呢？

特发性过度睡眠是指持续性或反复发作性日间过度睡眠，与发作性睡病的过度睡眠时段由REM睡眠构成不同，其过度睡眠时段由NREM睡眠构成，因此，临床上又称为“NREM性发作性睡病”。

特发性过度睡眠可见于任何年龄，持续性或反复发作性日间睡眠是其典型临床表现，此外，患者还常具有自主神经功能障碍，如：偏头痛、晕厥、体位性低血压和手足发凉等。若进行多导睡眠图检测，可发现该类患者睡眠数量和睡眠质量正常，但睡眠潜伏期短于10分钟。

治疗尚无有效方法，国外有学者推荐使用中枢兴奋剂，但效果不如发作性睡病明显。

# 101. 什么是睡眠呼吸暂停综合征

如果家里有一位老人比较肥胖，睡觉很香，躺下后就开始打鼾（打呼噜），可是打一阵子后就声音轻了下来，有时几乎听不到呼吸声音了，过了几秒钟打鼾声音又起，而且越来越响。也许像上面这种现象每晚会重复出现几次，家里的人都已经习以为常，觉不出有什么不正常了。其实这是一种病态，医学上称为睡眠呼吸暂停综合征，属于睡眠疾病之一。

如果用多导睡眠仪检查这位老人，就会发现在每夜7小时睡眠中呼吸会暂时停止10秒钟左右，而且出现次数超过30次，与此同时，血中的氧气饱和度低下，只有80%左右（正常人应当在95%以上），有时甚至低到50%以下。这就是医学上给予睡眠呼吸暂停综合征的定义，也就是说随着病人呼吸的暂停，血里的氧气就不够了，形成一个短时间的缺氧状态，幸亏身体有自我调整的本领，能够很快恢复呼吸，所以不会持久缺氧。

患了睡眠呼吸暂停综合征的病人会有什么不好的表现呢？我们都知道脑细胞对缺氧是很敏感的，一个人每天夜里反反复复地缺氧肯定会影响脑细胞的功能，所以这种病人的记忆力会减退；在慢性反复缺氧的情况下，心血管的功能也会发生变化，不少病人合并高血压、冠心病；消化系统的功能也会紊乱，如胃肠功能失调、胃动力减退很常见；还会影响人的情绪，病人常常发脾气、易激动，控制自己情绪的能力大大降低。

睡眠呼吸暂停综合征虽然被医学界发现已经有几十年历史，但我国研究这个病才15年左右，比其他国家起步晚得多。希望较肥胖、长期打鼾的人有条件时能够做一次多导睡眠仪检查，如果发现有睡眠呼吸暂停综合征时要立刻开展适当的治疗，现在方法很多，内外科都有，效果也很理想。

# 102. 打呼噜有什么危害

打呼噜也称打鼾，给人们的印象是这个人头一放枕头上就打呼噜，睡得可真香啊！打鼾往往被认为是睡眠好的代名词，不少人是很羡慕打呼噜的人的，以为自己很少打呼噜，就说明自己的睡眠不够深沉。

人怎么会打鼾呢？我们知道任何发音都需要通过口腔、鼻腔和咽腔中各种肌肉的活动，当气流通过各种肌肉形成的形状各异的腔隙时才会出声。我们在讲话时靠气流冲击喉部的声带（两块小肌肉）中间的空隙发音，然后由唇、舌、颊、颚部肌肉搭配形成各种形状的空腔，使声音通过时发出不同的声母和韵母，才组成语言。人在睡眠中唇、舌、颊、颚部肌肉不可能随意搭配形成各种空腔了，但始终留出一个大的通道——嗓子（咽部），如果这个通道变窄了、变成缝隙了，那么气流通过时就会发出声音来，这就是打鼾。所以胖人、咽喉部肌肉松弛的人、嗓子发炎的人最容易打鼾。

打鼾的人确实睡眠是比较深沉，比较踏实的。就一般人来说，和打鼾的人夜间同睡一间屋子是令人担心的事：当你躺下后还没入睡时，同屋的人已经鼾声如雷，沉入梦乡了，这种鼾声会吵得你整夜不得安睡，次日头脑昏昏沉沉，无法工作和学习。

可是打呼噜对本人来讲是有一定危害的，过去很少有人关心这件事，自从睡眠成为研究的课题之后，才有学者研究打鼾者的睡眠情况，他们发现：长期打鼾的或是打鼾严重的人往往都伴有睡眠呼吸暂停综合征，在睡眠的全过程中出现呼吸暂停，血中氧气减少。也就是说整夜吸进去的氧比正常人来得少，时间久后，会影响记忆力。曾有人测定打鼾者的记忆功能确实不如正常人，只不过打鼾者本人没有意识到罢了。所以现在不少学者提议：打鼾的人要去检查多导睡眠仪，看看有没有睡眠呼吸暂停综合征？如果有应当进行必要的治疗。

# 103. 睡眠呼吸暂停综合征会造成记忆力减退吗

睡眠呼吸暂停综合征是指人们在睡眠中呼吸停止一小会儿，而且每晚可以停止许多次，同时出现血中氧气不够的现象。一般有这种病情的人以男性居多，胖的居多，百分之百的人都打鼾，而且打鼾响亮，打了十多年以上。病人自己并不觉得有哪些异常，只是夜间睡觉时打鼾惹人讨厌而已。

但是仔细问问病人有没有高血压、冠心病、糖尿病、胃肠不舒服、头痛、头晕、头胀等症状，可以说5%以上的病人都回答有。这是什么道理呢？分析起来并不奇怪。因为睡眠呼吸暂停综合征的病人在呼吸暂停时血中氧气的饱和度就下降，正常人应当在95%以上，病人会降到80%以下甚至更低。在医学上称为缺氧，当然这种缺氧是长期的、慢性的。在慢性缺氧时，人体会出现一系列变化，如心血管的张力变化，血管痉挛、收缩，胃肠道蠕动减慢，分泌减少等。至于中枢神经系统影响就更大了，因为脑细胞本身没有生产氧气和葡萄糖的能力，也没有储存氧气和葡萄糖的能力，所有的氧气和葡萄糖全靠血液循环来供应，如果血中氧气不够了，脑细胞也就缺氧了。脑细胞缺氧的后果首先表现在打哈欠，头昏脑涨，想睡觉，时间久了，注意力慢慢地不容易集中，记忆力也逐步减退，更严重的当然会影响智力。所以睡眠呼吸暂停综合征肯定会影响记忆力。

我们曾经对睡眠呼吸暂停综合征的病人做过观察，用标准化的记忆测验表格来测查病人，结果发现所有的病人记忆力都明显差于正常人，可是在日常生活中病人都没有什么不正常的感觉。我们还对这些病人进行给氧治疗，每晚间断地吸点氧气，经过3个月后再复查记忆量表就有显著进步，说明确确实实和缺氧有关系。所以我们希望较肥

胖的晚上打鼾的中年人注意一下记忆力有没有减退，如果有，不妨来做一次多导睡眠仪检查，看看自己有没有得了睡眠呼吸暂停综合征？

# 104. 有睡眠疾病的人不宜做哪些工作

俗话说："七十二行，行行出状元" 。可我今天强调的是有睡眠疾病的人虽然三教九流，各行各业均有，不过，从医生的观点来看，有些人是不适合从事某些工作的。也许你会说，睡觉不好又不是什么大问题，难道在干工作方面也要受限制？只见过工作不努力被炒鱿鱼，没听说睡觉不好下岗的。

这可不是我小题大做。如果你睡不好觉，只是整天躺在床上，待在家里，大门不出二门不迈，那睡觉不好当然是小事一桩，然而你能做到吗？只要你迈出家门，走进社会，那睡眠问题可就不是什么小问题了，也绝不仅仅是你个人的事。

有一组触目惊心的数字：美国每年交通事故中45%与睡眠障碍有关意外事故中的比率则达到50%。每年的经济损失达到1000亿美元。这事还小吗？

那么有睡眠疾病的人不宜做哪些工作呢？首先是高危作业的工作，如建筑业和与高空作业有关的工种，应严格禁止有严重睡眠疾病的人参加。其次是交通运输行业。无数人的生命掌握在司机的手里，你不能让一辆满载乘客的汽车在司机的呼噜声中前进，这样的"无人"驾驶汽车怎能让人放心？此外，某些需要高度集中精力的行业，如航空监测、调度等，都应有相关的限制条例。发作性睡病患者、睡眠呼吸暂停综合征患者等在从事这些工作时应受到限制，服镇静催眠药物期间也应避免此类工作。

需要指出的是，并不是所有有睡眠疾病的人在工作时都受到限制，我们强调的是那些维持睡眠的疾病，如发作性睡病、睡眠呼吸暂停综合征等，而且还明确同疾病的严重程度有关，有这些疾病应该到

医院诊治。

当然，有睡眠疾病的人，经过治疗好转后，还可以重新上岗。

# 105. 失眠怎么办

20多年前，尽管很多人饱受失眠的痛苦，但人们对睡眠及睡眠相关的疾病了解很少，对睡眠的研究并不多，睡眠障碍尚未引起我们足够的重视。随着人民生活水平的提高，人们要求提高生活质量的愿望更迫切，我们不仅要度过忙碌紧张的白天，还要享受宁静甜美的夜晚；不仅要“吃得好”，还要“睡得香”。可是，2002年全球睡眠调查结果显示，我国有45%的人不同程度地遭受失眠的折磨。惊人的庞大群体越来越迫切地想知道：失眠，怎么办？

引起失眠的原因很多，在这本小册子中会有较详细的分析，现在我想说的不是具体的方法，而是在我们遇到失眠时的态度和原则性的措施。

很多人对付失眠的方法就是“忍”。今天睡不好，熬一宿，或许明天就能睡好了。有时这办法还是有效的，挺挺就过来了。但如果连续几天还睡不着，有些人忍不住了，要么自己找几片安眠药吃，要么就上街寻医问药了，“病急乱投医”嘛。结果呢，不少人仍睡不着，甚至有人产生了药物依赖。

对这样的做法，本无可厚非，但需要说明的是，遇到失眠时，一定要有正确的心态，失眠并不可怕，大多数失眠不需要吃药就可以控制，有些失眠，只要采用合理有效的药物治疗，也能取得满意的效果。同时，在自己治疗失眠的时候，一定要对失眠的原因有些了解，对我们常用的安眠药有所了解，不要以为“久病成良医”。其实安眠药还各不相同，有短效的、中效的和长效的。服药时应注意什么，如喝酒后服药一定要慎重，否则易造成药物滥用，产生药物依赖，严重时还危及生命。

有些人说“最安全的就是不吃药”，一般情况下这种说法是对的，

但有些时候失眠是不能靠“忍”来对付的。如果只是一味“忍、忍、忍”，轻者头昏脑涨，整日无精打采，重者肝火上升，诱发、加重其他病症。有位高血压患者，最近吃几种降压药效果都不好，原来近期他严重失眠，经对症治疗后，睡眠好了，血压也容易控制了。因此，身体欠佳的朋友，如患有高血压、心脏病及消化道溃疡等病时，对付失眠的办法最好是上医院诊治，接受合理的治疗，而不要一忍到底。

# 106. 怎样跳出失眠的怪圈

人在一生中的不同时期，都有可能遭遇失眠的痛苦，每当深夜，失眠者总会躺在床上辗转反侧不能入睡，那种想睡觉又睡不着，盼天亮而又怕天亮的滋味，实在是令人苦不堪言，长此下去的话，就会出现一到晚上就紧张，一说睡觉就担心能不能睡着的情形，越担心越睡不着，越睡不着越担心。殊不知，这样已经形成了一种恶性循环，最终结果常常是彻夜不眠，严重影响白天的工作和生活。

那么，怎样去打断这个恶性循环，不再让失眠如此困扰我们呢？首先，我们建议睡前一小时不要做繁重的脑力与体力劳动和锻炼，因为睡前过度运动会使血液循环加速，精神兴奋，不利于睡眠。睡前可以按照自己所喜欢的方式来放松自己，例如听一段自己喜欢的轻音乐等。其次，学会放松自己。在睡不着时，可做自我放松操，如平躺在床上，展开四肢，让全身肌肉放松，手脚用力3秒钟后立即放松，如此反复。也可平卧，双上肢放于体侧，双下肢分开与肩等宽，全身放松，吸气时想象外面的空气从肚脐进入，呼气时想象腹内之气散开，流经四肢从手脚心排出体外，经过这样的放松，一定会有助于睡眠。最后，应“接受”失眠，顺其自然，学会与失眠“和平相处” 。人往往是越怕睡不着觉，就越睡不着；越睡不着，就越胡思乱想，其结果是更睡不着。与其怕字当头，还不如顺其自然，当你试着把失眠当成生命的一部分接受下来，随遇而安，就会把忧虑、紧张和急躁一扫而光。当晚上睡不着或早醒时，你不妨默默地对自己说：我才不在乎睡着睡不着呢。心情放松，反而会休息好一些，有时即使夜里睡不好，第二天的感觉也会和以前不一样。

# 107. 对失眠认识的常见误区有哪些

随着人们对睡眠越来越多的关注，伴之而来的是出现了很多对失眠认识的误区，常见的误区主要表现在以下两个方面：

（1）对睡眠缺乏正确的认识：每天必须睡足8小时吗？失眠症患者往往以每天睡8个小时作为睡眠好坏的标准，因此即使睡眠后第二天精力充沛、思维和行为敏捷，患者也觉得没睡好。其实，睡眠好坏，不是以时间多少为唯一标准。有些人如爱迪生每天只睡4～5小时就够了，而爱因斯坦则要睡10个小时才能正常工作， 8小时的概念只是人类睡眠的平均数，对个人来说并不是金标准，虽然睡眠时间减少，只要第二天精神、体力均好，就不是失眠。

失眠者睡前自我紧张常是最大的误区，失眠症患者常常把失眠与健康状况下降、美丽容颜丧失甚至死亡联系在一起，因而每当邻近睡觉时就感到紧张、恐惧，担心睡不着；而失眠又反过来“证实”其担心的正确性，这样不断地暗示，使患者陷入失眠、情绪反应和认知唤醒的恶性循环，失眠成为患者的中心问题。许多患者就是因为担心失眠而产生了失眠，并不断地加强不良的认知评价。其实，尽管睡眠不佳对健康状况确有影响，但过分担心失眠所带来的危害远远大于失眠本身所产生的影响。如果仔细想一想，许多人在休息日通宵达旦地玩牌、娱乐，又何尝有“失眠”的想法，为什么偶然的失眠就要这么紧张呢？

经常把治疗后的睡眠状况与失眠前进行对比正确吗？这是失眠患者常犯的又一错误，他们经常把治疗后的睡眠时间和质量与失眠前进行对比，认为以前躺下即睡，直至天亮，而现在都治疗了好长时间了，睡眠却仅仅改善了一点点，因此灰心丧气、焦虑不安，这种情绪

是睡眠的大敌。正确的做法应该是以治疗前的睡眠状况作为参照，积极发现治疗带来的好处，只有这样才能对治疗树立信心，减少焦虑和抑郁情绪。

（2）对安眠药的不正确认识：一种错误做法是滥用安眠药，有人一出现失眠，就服安眠药，而不去分析引起失眠的原因，也就不能针对失眠的原因采取适当的措施，结果造成虽然吃安眠药，但睡眠病不能改善，甚至会出现安眠药依赖。正确的做法是：先寻找失眠的原因，对因治疗，必要时才对症服用安眠药。

另一种错误认识是，对安眠药抱有过分恐惧的态度，即使大夫开了处方，也不敢服用，单依靠自己的调节或仅仅服点儿中药，有时即使壮着胆子去用，也是服服停停，结果是不得不长期忍受失眠的痛苦。其实，现在市面上常用的安眠药已经经过严格的优胜劣汰，一些副作用大、成瘾性大的安眠药已经基本不用或少用了。另外，虽然这类药物严格来说都可能有成瘾性，但实际上，发生的仅是极少数。而且，在临床使用上，医生也知道把握，因此，这种过分恐惧的心理是不必要的。

# 108. 失眠怎样治疗

失眠的原因如此之多，治疗自然也不单一。从医师的角度来考虑，首先要从病因上解决问题。前面我们已经谈到不少内科、外科、内分泌科、神经内科等疾病引起的失眠，当务之急就得请专科医师把病因治愈，例如控制感染，降低体温，止痛，针对心、肺、肝、肾、内分泌疾病加以治疗等等，只有治疗病因后失眠才会好转。

针对失眠本身的治疗，则主要包括非药物治疗和药物治疗两大方面。其中，非药物治疗因无严重副作用，而被广大医师认为是除病因治疗外的首选治疗方法，它主要包括以下几个方面：

（1）睡眠卫生教育：失眠往往与不良的睡眠卫生有关，如把床当做工作和生活的场所、开灯睡觉等。不良的睡眠卫生会破坏睡眠的正常节律，引起不必要的睡前兴奋。许多慢性失眠患者通过改善睡眠卫生，失眠问题就能获得解决或得到缓解，并能改善预后。因此，睡眠卫生教育在失眠的治疗中具有重要地位。

（2）认知治疗：是以改变个人对某些事物的认识为主要目标的一类治疗方法。它主要通过让患者正确地认识失眠及其对身体的影响，消除对失眠的恐惧心理来达到治疗效果。

（3）行为治疗：通过减轻失眠患者的焦虑抑郁情绪，以达到治疗失眠的目的。有研究显示，对初发的失眠患者，行为治疗和药物治疗同样有效。

（4）时差治疗：主要用于治疗因时差导致的睡眠障碍。

（5）光照治疗：用于因三班倒引起的睡眠障碍。

（6）褪黑激素的治疗。

药物治疗是失眠治疗的最后选择，中西药都可以，但切记！药物

只是最后一步，而且只能短期使用，不可经常服用、长期服用，否则难免会出现副作用。下面我们将介绍一些治疗失眠的具体的切实可行的方法，希望对读者有帮助。

# 109. 科学的睡眠卫生包括哪些内容

如果仔细询问失眠患者，发现绝大部分患者都有不良的睡眠习惯，许多慢性失眠患者通过改善睡眠习惯，失眠就能够好转或得到缓解。因此，睡眠卫生教育应始终贯穿在失眠治疗的整个过程中。那么什么是科学的睡眠卫生呢？

科学的睡眠卫生应包括：

（1）定时作息，准时上床，准时起床。无论前晚何时入睡，次日都应准时起床；

（2）床铺应该舒适、干净、柔软度适中，卧室安静、光线与温度适当；

（3）床是用来睡觉及性爱的地方，不要在床上读书、看电视或听收音机；

（4）每天规律的运动有助于睡眠，但不要在傍晚以后做激烈运动，尤其是在睡前2小时，否则反而会影响睡眠；

（5）不要在傍晚以后喝酒、咖啡、茶，以及抽烟。假如存在失眠，应避免在白天使用含有咖啡因的饮料来提神；

（6）不要在睡前大吃大喝，但可在睡前喝一杯热牛奶及一些复合碳水化合物，能够帮助睡眠；

（7）如果上床２０分钟后仍然睡不着，可起来做些单调无味的事情，等有睡意时再上床睡觉；

（8）睡不着时不要经常看时钟，也不要懊恼或有挫折感，应放松并确信自己最后一定能睡着；

（9）如果存在失眠，尽量不要午睡，如果实在想睡，可小睡30分钟；

（10）尽量不要每天规律使用安眠药，如有需要，应间断服用，原则上每星期不要超过4次。

也许读者会说，这些都是老生常谈。是的，老生常谈未必不好，要做到这些可不容易，持之以恒更不简单。

# 110. 睡眠习惯不正确是病吗

你也许有过如下经历：明明身体健壮如牛，工作顺心，可就是晚上睡眠不佳，不是睡不着就是老醒，结果白天没精打采，情绪低落，去医院检查也找不出什么病，只好吃些安眠药了事。仔细询问，发现他们不是睡眠没规律，就是睡前喜饮咖啡、酒精、吸烟，抑或晚间经常狂欢聚会。这在睡眠医学中被认为是一种病，称为“睡眠卫生不良”，它是由于睡眠习惯不正确破坏了正常的睡眠——觉醒节律导致的一种睡眠障碍。

那么什么样的睡眠障碍患者属于睡眠卫生不良呢？如果你有入睡困难、睡眠中容易觉醒或早醒等失眠症状及白天过度思睡的表现，并且具有以下一种不良的睡眠习惯，那就需高度怀疑是否患有睡眠卫生不良了。

每周至少有2次以上的白天午睡或打盹儿；

就寝时间与起床时间没有规律；

每周至少有2～3次懒床不起；

睡眠之前常使用含咖啡因的、香烟或酒精等物质；

就寝前进行激烈体育锻炼；

就寝前进行令人兴奋或情绪激动的活动，如：阅读惊险刺激的小说、观看情节复杂的影视剧、进行强烈的脑力活动等；

经常在床上进行一些与睡眠无关的活动，如：看电视、读书、学习或吃零食等；

睡床令人不舒服，如床垫不好、枕头过高或毛毯不恰当等；

卧室光线过于明亮、通风不良、不整洁、太热或太冷等；

就寝前进行需要高度集中注意力的活动；

就寝前精神活动过于丰富，如思考、计划或回忆往事等。

如果你具有上述表现，且在医生的帮助下排除了其他躯体或精神疾病，那么你就可以确诊为睡眠卫生不良了。一经确诊，应在医生的协助下，积极改掉不良的睡眠习惯，以求尽早恢复正常的睡眠——觉醒节律。切不可滥用镇静催眠药物或中枢兴奋性物质，以免出现药物成瘾、慢性失眠等不良后果。

# 111. 卧室有什么卫生要求

随着改革开放国策的推行，我国人民生活水平日益提高，住房条件也正在逐步改善，过去三代，甚至四代同居一室的情况正在让位于夫妻双方居一室，大龄子女另住一室的条件，在这种情况下，布置一个适当的睡眠环境——卧室是可以做到的。

卧室的布置随每家每户的经济状况而定，可以是酷似五星级宾馆的豪华房间，也可以是朴素无华略加装饰的简单房屋。只要是主人自己认可的“家”就行，绝对不必要强求一律，可是有些与睡眠有关系的条件则应当尽量符合。

卧室的温度以保持在18～20℃为宜。温度太高使人感到烦躁不安，有时还会出汗；温度太低则使人蜷缩一团，都不利于入睡。我国北方地区新盖的居民房多半有供暖设备，可以保证冬季有合适的温度，南方地区到冬季就要购买电热设备或电热毯。夏季是难熬的季节，尤其在南方，整夜汗流浃背很难保证有良好的睡眠，凉席和冲凉水澡是十分必要的。空调已经成为南方城市中调节气温的宠儿，无论冬季或夏季都能使用。但是空调也有很大的缺点，窗式空调噪音太大，壁挂式空调不可能每间房间都有，结果出入各个房间，温度相差太大容易患感冒。此外长期生活在空调环境中，抵抗力较差，有时会发生肩臂酸痛、头晕、昏昏沉沉等“空调综合征”。

卧室内不宜采用强光照射，台灯、壁灯的光线要柔和些，以能看到报纸的字体为宜。强光会导致人体生物钟的混乱，不利于进入睡眠。为了预防室外的强光干扰，可用黑色窗帘或在窗帘内衬一层黑色的布料就行。同室的人在开灯看书的情况下，可试试戴眼罩，有时可以奏效，当然最好还是一起熄灯入睡或是到别的房间去看书。

噪音也是影响睡眠的重要因素。生理学家发现人在入睡的过程中

各种感觉的丧失有一定的次序：视觉、触觉、痛觉、听觉。这就不难理解一只漏水的水龙头的滴水声或一声声远方的狗叫声为什么会干扰睡眠，有时这些不起眼的微弱声音竟然能使将要入睡的人彻底弄醒。避免噪音有多种方法，在装修卧室时用隔音的天花板、地板是一种基本建设，在地板上铺设地毯也是吸收声音的良策，用较厚重的窗帘可以挡住外来的噪音。个人防护以戴耳塞子较为方便，特别是泡沫塑料做的耳塞子几乎可以挡住一切杂音，甚至连早晨闹钟的声音都听不到。为了不干扰别人睡觉，听收音机时最好戴耳机。

通风对卧室来讲也重要。完全密闭的卧室由于空气不流通，即使睡一夜，次晨起床也会感到头脑不清醒。其实想保持卧室的空气清新并不难做到，在入睡前半小时把窗户打开就能充分换气，然后把窗户开一条小缝，使整夜有少量的空气循环而不造成穿堂风。我国南方地区的住房设计比较容易做到这一点，北方地区到了冬季就很难做到，通风不良成了通病。

# 112. 窗户和窗帘对睡觉有影响吗

声音和光线可以直接影响睡眠，因而窗户和窗帘与睡眠有很大关系。旧房子尤其是平房的窗户一般较小，不利于通风，通风不良而致室内空气污浊，不利于夜间睡眠；目前新建楼房窗户都较大，室内通风已不成问题，但居民区通常建在公路两旁，来往车辆的嘈杂声、周围工地的机器轰鸣声、路灯整夜明亮耀眼均会影响睡眠。

故应尽量选择不临街的房间作为卧室，如能选向阳的卧室当然更好，因向阳卧室通常温暖干燥。北方常用双层玻璃，这样，一方面在室内外温差过大时有利于保持室内温度，另一方面也可减少周围噪音的干扰。另外，在窗帘上下一点儿工夫也很值得，应选择厚的、遮光好的窗帘，一般淡雅、柔和颜色的窗帘有利于睡眠，常用的颜色有浅蓝色、淡蓝色、浅米色、白色等。

# 113. 在什么样的床上睡得比较舒服

床是睡眠的场所，人如果想得到良好的睡眠，床当然很重要。从床的进化过程来看，远古时代的人随便躺在地上入睡，根本没有床的概念。以后人们在地上把树叶堆起来，自己躺在树叶上睡才初步形成了床的概念。等到会打猎以后，把兽皮放在地上，人躺在毛皮上又进了一步。再后，用木板、木条围成一个框架，在木板上放上羽毛、树叶、兽皮等物，人躺在木框内，这才是真正意义上的床，而且床的位置开始固定了。从木板床、棕床、藤床、弹簧床、气垫床到水床，人类的床越来越高级，越来越精细，也越来越舒适，其目的就是为了睡得舒服，睡得安稳。

现在一张单人床的长度约2米，宽0.8米左右，双人床小的约长2米，宽1.3～1.4米，大的约长2米，宽1.6～1.8米。这样的长宽搭配足够使一个人或两个人在睡眠时有活动余地，不至于在翻身时干扰别人或掉到地上。

从床的进化来看，目前以睡弹簧床（席梦思）为最普遍，也最为人们所接受，但在挑选席梦思时要注意：最好能看到内在的结构，这样比较放心。弹簧应当每一根都很结实地连接起来，保持直立的位置，不会因体重而把旁边的弹簧拉得躺下来。弹簧下面要附着在木条上，上面的衬垫要足够厚，使人躺在上面觉察不到有一个个弹簧圈。衬垫一般用泡沫塑料做成，至少有10厘米厚。在衬垫外面的罩布要平整光滑，不能带毛刺。最后席梦思的边缘要加固，使人坐在床沿上不至于掉下来。

席梦思的软硬合适程度有个测定方法，就是当人在侧卧时，脊梁骨能保持笔直的姿势。如果席梦思太软，脊梁骨会因骨盆下陷变成 ◡

形弯曲；如果太硬，肩膀和骨盆不会下陷，结果胸椎下陷变成
状，这样都会引起脊柱疼痛和不适。

最近国外推出的水床，在床垫内灌满了水，确实柔软无比。可是有人认为睡在水床上在翻身时有晕船的感觉，严重时还会眩晕、呕吐，所以不太实用。

# 114. 床褥和失眠有关系吗

有了一个舒适的卧室和一张席梦思，就得考虑床上用品：床褥或者称为卧具。床只是提供一个休息的场所，躺在光溜溜的席梦思上而没有任何床褥还是难以入睡的，就好像只有一个戏台而没有任何道具一样，戏是没法唱的。床褥便成了重要的辅助睡眠的工具。

现代人谈到床褥一定会想到三大件：被子、床单和枕头，可以说这是床上用品三大要素。我们不妨来分析一下被子和床单，关于枕头在下一个问题中单独讨论。

床单以棉布的最好，取其吸水性强也易染色，但洗涤后要熨是其缺点。化纤制品如果与棉布混纺，则兼有吸水性和不需熨的优点，比较实用。

被子的种类也多，最常用的是棉被，也可用丝棉、驼毛、羽绒等。羽绒保暖性能最好，重量又轻，较受人欢迎。夏季往往用毛巾被，吸水性强，舒适松软。毛毯常在春秋季用，但分量太重是个缺点，我国往往只作为被子的添加物，不是主要的被褥类。

至于床罩等只是装饰品，与睡眠的关系不大，就不作介绍了。

如果你想有个安稳的睡眠，请注意床单和被子的质地、材料和做工。

# 115. 如何选择合适的枕头

睡觉离不开枕头，适宜的枕头有利于全身放松，能够保护颈部和大脑，可促进和改善睡眠。选择枕头一般应注意以下几点：

（1）高低合适：俗话道“高枕无忧”，是否真的如此呢？事实上，枕头过高，既不利于睡眠，也不利于健康。因为如果枕头过高，会使颈部肌肉韧带长时间处于紧张状态，容易引起疲劳，诱发“落枕”。长期睡高枕，易造成颈椎的损害，加重颈椎骨质增生和颈椎病，引起颈肩部麻木酸胀，甚至影响脑部血供，出现头晕、眩晕等症状，故有颈椎病的人尤其不应使用高枕。

而枕头过低不利于脑静脉血液回流到心脏，使脑部静脉血淤积，从而引起脑缺氧，使人头昏脑涨甚至头疼，不利于睡眠，次日晨起睡醒后还可出现眼睑和颜面水肿。

那么，枕头多高才算合适？由于人的高矮不一，不能用一成不变的尺度来确定枕头的高度，枕头多以自己的一拳头竖高为宜，成人的枕高通常在6~1 0厘米。不同疾病使用枕头的高度也不一致，高血压、颈椎病和脊柱不正的病人不宜用高枕，肺病、心脏病、哮喘病人不宜用低枕。

（2）长宽适度：枕头以稍长为宜，枕头的长度应够头部在睡眠时翻一个身的位置。枕头不宜过宽，以15~20厘米为宜，过宽易使头颈部关节、肌肉紧张。

（3）软硬适中：枕头宜软硬适中、以稍有弹性为好。枕头太硬使头颈部与枕接触的相对压力增大，引起头部不适；枕头太软，则难以维持正常高度，使头颈部得不到一定的支持而疲劳，枕头弹性过大，则头部不断受到外加弹力的作用，易产生肌肉的疲劳和损伤。自古迄今，用做枕头的原料无奇不有，品种繁多。举例来说，石头、竹

子、木板、布料等都有，而其内容物则包括棉花、木棉、绿豆皮、荞麦皮、羽毛、化纤制品等。枕头的选择因人而异，并无严格规定。目前多数人愿意用羽绒枕头，因为睡在上面柔软、舒适、耐用又便于洗涤，不过对羽毛过敏的人不能用，否则会引起过敏性反应。化纤制品的枕头也不错，柔软、舒适，可惜透气性差，头部易出汗的人不适合，而且久用后会变得硬实，不易膨胀。枕套用棉织品或化纤制品都可，但枕巾以棉织品为佳。

# 116. 睡衣以什么材质为好

在卧室和床垫的条件有所改善后，晚上睡眠穿的睡衣就引起了人们的注意，因为贴身穿的衣服对睡眠的影响不小。

没有条件时一般脱掉白天穿的外衣，剩下汗背心和内裤就可以入睡了，现在有了条件，可以适当地改进一下。睡衣应当贴身穿，一般可分为睡袍和睡衣两大类，睡袍是一件的，从领子一直罩到腿上，睡衣则分上衣和裤子。穿睡袍或睡衣完全根据个人爱好而定、并无严格的规定。但无论睡袍或睡衣均以松软宽大为好，虽贴身而不紧箍，这样在床上翻身、起卧都很方便。睡衣上的纽扣越少越好，免得睡着后压在皮肤上很不舒服。睡衣的颜色以浅色为佳，天蓝、浅蓝、湖绿、粉红、淡黄、白色等色泽有利于睡眠的环境，大红、大绿、大紫、黑色等刺激性强，对睡眠并不有利。

既然是贴身穿的衣服，每昼夜都要穿6~8小时，其质地当然要挑选一下。棉织品的吸水性最强，穿着最舒服，夜间睡眠时如果有些出汗，很容易吸收，身体也会感到舒适，但洗后发皱，要熨烫，不太方便。麻织品较挺括，也有一定的吸水性，夏季穿着较好，南方地区常用以做睡衣。丝织品很柔软，又美观，但吸水性差，夏季穿易粘在身上，冬季穿又太凉，所以适合有空调的房间里穿着，此外，真丝睡衣在洗后要熨也较麻烦。毛织品一般不用做睡衣的原料。

现在比较常用棉和化纤的混纺料子做睡衣，棉占50%~60%，这样既有吸水性，也比较容易保持样式，不易皱缩，洗后也不一定要熨，而且又便于染色，因此作为首选原料。

# 117. 什么样的睡觉姿势益于睡眠

右侧卧位是最佳睡觉姿势

人的睡觉姿势千姿百态，有的仰面睡得直挺挺的，有的趴着，有的蜷着腿，有的像虾一样……但归纳起来，睡眠姿势不外乎仰卧、侧卧、俯卧三种。那么，什么样的姿势最正确呢？俗话说："立如松，坐如钟，卧如弓"。显然以略为弯曲的侧睡最好。

因为仰卧和俯卧时身体与两腿都只能固定在伸直位置，一是难以变动，二是腿伸直时肌肉处于紧张状态，不能充分休息。仰睡时两手很容易自然地放在胸口处，这样既容易压迫心肺，影响其功能，又容易做噩梦或梦见被人压着而惊醒。另外，仰卧时容易因舌根下坠而出现打呼噜，甚至出现夜间憋醒。俯卧时胸腹部受压更甚，口鼻也会被枕头捂住，为了避免捂住，头就会长时间地偏向一边，往往造成颈肌扭伤，俗称"落枕"。而且俯卧时还压迫了心肺，不利于呼吸和心脏泵血。此外，俯卧还有损面部美容。

侧卧位时脊柱弯曲犹如一张弓，四肢可以放在较舒适的位置，有利于全身肌肉的放松，胸部受压最小，也不易引起打呼噜或呛咳。但是是向右还是向左侧睡好呢？当然是向右侧睡最好。因为心脏在胸腔的左侧，当右侧睡时，心脏位置高，胸腔内受压最小，有利于减轻心脏负荷，使心排血量增多，同时，胃通向十二指肠的开口位于左侧，右侧卧位有利于食物从胃排入十二指肠，有助于食物的消化和吸收。故通常认为，一般人以右侧卧位为好。

事实上，人在睡眠过程中的姿势并不是固定不变的，不管采取什么卧姿，睡着了都要翻身，改变原来的睡姿。有人观察到，人在睡眠过程中，体位变动可达10～50次，睡眠中的辗转反侧实际上有助于改进睡眠效果，消除疲劳。因此，睡眠的姿势当以有利于入睡，睡得自

然舒适为准。

# 118. 婴幼儿、孕妇、病人各应选择什么样的睡觉姿势

虽然对一般人来说，右侧卧位是最佳卧姿，但对于某些特殊人群，这一睡姿并不合适。比如对婴幼儿，虽然右侧卧位可预防吐奶、吐水而导致的窒息，但不宜长期采用这一个姿势睡觉，如果长期用一种姿势睡觉易使头部变形，俗称“睡歪了头”，故应当各种卧姿交替。亚洲国家婴幼儿多取仰卧位，而欧美国家多取俯卧位。国外认为俯卧更有利于健康，因婴儿胃容量小，贲门收缩力弱，婴儿常吐乳，俯卧可以防止其吸入肺中，而且贲门位于背部，俯卧时可得以抬高，能防止吐乳。

孕妇选择什么样的睡眠姿势，主要看是否有利于胎儿的生长、发育和维持孕妇的正常生理功能。从生理上讲，中、晚期孕妇80%子宫右旋倾斜，常常使右侧输尿管受压，部分孕妇可致右侧肾盂积水和肾盂肾炎，右侧卧位只能加重子宫对右侧输尿管的压迫，因此孕妇不适宜采取右侧卧位；那么，仰卧位行不行？仰卧时增大的子宫可直接压迫下腔静脉，影响下肢的血液回流，引起下肢水肿，子宫也可压迫腹主动脉，影响盆腔、子宫、甚至胎儿的供血，这样看来仰卧位也不好；俯卧位虽不会压迫输尿管和静脉，但会直接压迫胎儿，影响胎儿发育，这就更不合适了；对孕妇尤其是妊娠中、晚期的孕妇来说，左侧卧位是最合适的卧位，选择左侧卧位既符合孕妇的生理，也利于胎儿生长发育。

病人因病种不同，睡姿也各不相同。心力衰竭及哮喘发作的病人，宜取半坐位或高枕位，采取这种体位可使一部分血液因重力作用，滞留在腹部和下肢，回心血量减少，肺部充血可减轻，有利于缓解呼吸困难，同时心脏负担也能减轻；胸腔积液的病人，一般宜采

用“患侧卧位”，这样既不妨碍健侧肺的呼吸，又能使患侧肺得到一定程度的休息，有利于睡眠和对疾病的治疗；腹水的病人常要半靠半睡（半坐位），这样能缓解腹水对膈肌的抬升作用，减轻呼吸困难；双下肢水肿的病人，睡眠时要把双下肢抬高，以利于血液回流，减轻水肿；下肢静脉曲张的病人也要抬高下肢。其他不同疾病的睡姿在此就不一一列举。

# 119. 睡前洗个热水澡有什么好处

不少科普读物都把睡觉前洗个热水澡作为提高睡眠质量的良方，有没有道理呢？应该说是有益于睡眠的，是有科学道理的。

睡眠本身与其说是被动的过程，还不如说是主动的过程，因为人需要睡眠，是生活的需要之一，与饮食、饮水、空气、阳光等因素同样重要。睡眠的产生来自身体各部分的松弛，包括肌肉的松弛、大脑的松弛、心血管的松弛等。如果在睡眠之前有意识地使自己放松，作为一个准备动作肯定对睡眠有好处，洗热水澡是放松自己的方法之一。

洗热水澡有盆浴和淋浴两种方法。如果家里有个浴缸，在入睡前可以在浴盆中泡半个小时左右，水温在38～40℃，不宜太热。人闭上眼睛，静静地躺着。如果买一些松香放在布袋里泡在水中，效果会更好些。淋浴也能达到类似效果，但不如盆浴。根据物理治疗专家的意见，人泡在热水中，可以使周围血管扩张，全身大部分血液便会流入这些扩张的血管中，使内脏器官中的血液相对减少些。由于脑部血流的相对减少，大脑会感到疲倦，表现为呵欠连连、困倦，因而有利于睡眠。

老年人浸泡在浴盆中的时间要相对短一些，水温略高些。在洗澡完毕后要慢慢站立，在浴盆内最好放一个塑料垫，以免滑倒。浴盆外要装个扶手，地板上也要铺些垫子或木板。总的原则是防止外伤。

现在买一个燃气热水器或电热水器已经很普遍，但一定要注意通风，注意电路，以免发生煤气中毒或电器短路，发生触电事故。细致地检查一下各种热水器，规范化地使用，定期清洗热水器是十分重要的安全措施。

# 120. 睡前散步有治疗失眠的作用吗

这个题目如果能“放大”些来说就更好，也就是说，睡前做些运动能不能治疗失眠？有人认为睡前做些运动会使脑子更加兴奋并不有利于睡眠，那么究竟怎样来看待这个问题呢？

我们知道睡眠的前提是全身的放松，是精神上、心理上、身体上全面的放松。要做到全身的放松需要有一些准备活动，想使精神上放松就得放弃一些冥思苦想的专业技术性的钻研，在入睡前不要再去琢磨科研题目或企求解答一道难解的数学题，而代之以轻松活泼的想法，如听一段轻音乐，哼一首自己喜欢的曲子，看一段喜剧等。心理上的放松则是放弃一些对自己心理上有压力的考虑和想法，而代之以平常心。

身体上的放松可以做些运动，现在已经有不少人在晚餐后或入睡前到街上散步、小跑步、遛狗、打拳、扭秧歌等，这些活动一来是锻炼身体，二来是娱乐身心，三是和社会交往，如果条件许可，坚持这样做是有利的。当然做些运动并不是让你去跑100米，和别人比赛；也不是去打一场激烈的篮球或足球赛，这样反而会使大脑兴奋起来。这里指的睡前做些运动是做自己感到力所能及的运动，尤其是老年人一定要注意这一点。

睡前散步之后，由于肌肉小量活动，血流通畅，而且脑内血流因为流向肌肉而相对减少些，这样易于入睡。同时在散步的过程中，精神也放松了，许多心理上压力较大的事想得也少了，就更能帮助睡眠。

至于年轻人，睡前有条件从事一些比较激烈的体育活动也是允许的，如游泳、打乒乓球、打羽毛球、打保龄球、打台球等都行，但是

也得遵循力所能及的原则，不要过度，否则可能激发起脑的兴奋，反而睡不好了。

# 121. 听音乐也能治疗失眠吗

每个人可能都有这样的经历：在小时候，如果睡不着了，妈妈会哼上几首催眠曲，曲子还没哼完，就已经睡着了。确实，音乐能够催眠，成人也是如此。音乐的节奏、旋律、音色、速度、力度可以影响人的情绪变化，实践证明，让失眠的病人听舒缓的民乐、轻音乐等，可以使情绪平稳、放松、安静，能使其心平气和，消除不安和烦躁而安静入睡。对于有焦虑、抑郁情绪的失眠者，听柔和、优美、抒情类音乐，能够帮助病人排除忧虑和烦恼，缓解焦虑，舒展其紧缩的双眉，有的病人还能跟着乐曲哼唱，这样的话，可忘记忧愁，沉浸在愉悦和放松之中，无疑有助于改善睡前的紧张状态。经过一段时间的治疗，调节了病人的情绪，解除了疾病带来的精神压力，增加了战胜疾病的信心，失眠也会见好。

选什么样的曲子最有助于睡眠呢？当然是舒缓、轻柔的催眠曲、轻音乐或民乐，不能选粗狂激烈的摇滚乐。国外有一些久负盛名的催眠名作如《催眠曲》、《妈妈》、《宝贝》等，这些曲目都是为了催眠而作，其改善睡眠的作用已为多年的实践所证明。国内的一些曲目如《二泉映月》、《春江花月夜》等对睡眠也有帮助。

# 122. 气功能治疗失眠吗

气功是我国特有的一项“功夫”，现在列入了体育运动的项目，国外常常把气功、瑜伽、静思疗法看成同一类的方法。

气功大概脱胎于佛教或道教的打坐，在打坐时，佛教徒或道教徒双目微闭，思想高度集中于佛经或道经中某些要点，思考其意义，以求顿悟，虽闭目但不能入睡。这种打坐功夫有时要坚持几个小时，相当不易。但如果熟练地掌握了打坐方法后，能够在一段时间内弄懂经典中某些含义深刻的语句，那么打坐的人一定会感到心情舒畅，全身放松，神采飞扬的，就像学生苦思冥想很久突然解答出一道难题一样，也许这就是打坐的益处吧!

过去学的气功和打坐有点异曲同工，做气功时双目微闭，头脑中不能想任何不愉快或者使人心烦之事，而是专注自己的呼吸，开始时可能呼吸会快些，以后逐渐做到呼吸均匀，而且呼吸与脉搏的比例大概是1：4，所谓“一息四至”，也就是说，心跳72次、呼吸18次（每分钟），每天做一次气功花费半小时左右能帮助自己全身放松，对睡眠确有一定的好处。

根据现代医学的研究，气功做得熟练的人可以调节自主神经功能，至少能比较自主地调整自己的呼吸和心跳，减少出汗，使胃肠道的蠕动规律化，还有些报告认为气功能调节血脂，使甘油三酯和低密度脂蛋白降低，有利于控制肥胖，减少动脉硬化的机会。不过气功最大的难点是不易做到，设想双目微闭，不想事又不许睡着的情况很不容易，所以有许多人学气功但真正学好的却不多。

现在市面上流行的各种外气功，由发功的人运气来帮助，恐怕只能归于暗示作用的范畴。因为治病总得靠自己的意志和毅力，再加上一些药物因素，靠外来的“气”来治病目前还没有太确切的科学根据，

所以还是以自己为主比较可靠。

# 123. 如何避免用兴奋大脑的药物以免造成失眠

在药物中，似乎镇静性的药物比较多，医师和病人都能说出一些药名来，但不可否认，也有一些药物对大脑有兴奋作用，如果服用这些药物会引起失眠。

最常用的兴奋大脑的药物是咖啡因，咖啡因在茶、咖啡、可可中含量都较多，可口可乐、百事可乐中也有一定的量，所以睡前不宜饮用浓茶、咖啡和可乐类饮料，以免影响睡眠。在药物中，各类去痛药物也含有咖啡因，如加合百服宁、散利痛、去痛片（索米痛片）、APC，剂量虽然不相同但都有，所以晚上服去痛片要注意有没有咖啡因，以免失眠。神经科或内科常用的巴甫洛夫合剂（医院里称为健脑合剂）也含有咖啡因，虽然有调节神经的作用，但长期服用这类药水也没有什么好处。还有一种治疗偏头痛的药叫麦角胺咖啡因，是由麦角胺和咖啡因合在一起组方，咖啡因的含量高达100毫克，差不多相当于一杯速溶咖啡内的咖啡因含量，所以这个药千万不要多服，偏头痛发作好转后就应该停止，否则肯定会影响入睡。

另一类能兴奋大脑的药物是麻黄碱的衍生物，如去甲基麻黄碱、安非他明、“摇头丸”等，这些药物对大脑的兴奋作用很强，而且可产生成瘾性，所以国家已经规定把这些药物按麻醉药品来管理，一般市面上买不到。但是麻黄碱在中药配方里仍有，如著名的止咳止喘中药方“麻杏石甘汤”内麻黄是主要的一味药，长期饮用也会导致失眠，这点要引起读者注意。

还有一类药物是治疗儿童多动症的，如利他林（哌甲酯）、匹莫林等都有兴奋大脑的作用，有些家长来询问为什么孩子吃了药以后多动症见效可是失眠了，那就是药物的缘故。最后有一些减肥药也有兴

奋大脑的作用，服用后食欲减退和失眠，人肯定会消瘦些，但付出的代价也相当大，所以减肥的女性不可不慎!

# 124. 更年期妇女失眠应该怎样治疗呢

更年期失眠的治疗不同于一般的失眠治疗，千万谨慎

如果你是一位40～50岁的中年女性，近来常被失眠所困扰，正准备上街自己买点药以缓解症状，那么我劝你且慢，先判断一下自己的失眠是不是与更年期有关，再决定采取什么样的治疗及吃什么样的药，因为更年期失眠在40～50岁的女性较为常见，且具有一定的特殊性，因此，治疗上不同于一般的失眠治疗，如果治疗不当，反而会适得其反，甚至出现严重的不良反应。

什么样的失眠是更年期所致的呢？如果你是一位40～50岁的女性，月经已经不规律或已经停经，近来反复出现夜间觉醒，无法一觉睡到天亮，而入睡困难现象却不十分明显，同时具有阵发性颜面潮红和夜间盗汗等停经综合征的表现，那么，十有八九你患上了更年期失眠症，当然，最好还是去医院请医生帮助最后确诊一下。

如果你已经明确自己的失眠与更年期有关，那就应该采用针对更年期失眠的治疗方法了，其具体方法如下：

（1）控制卧室温度在感到舒适的范围内，使用轻盈舒服透气的床单（通常是棉质）；

（2）白天尽量减少咖啡因、糖及酒精的摄取量；

（3）潮热和出汗症状严重者，可采用雌激素替代疗法；

（4）停经后妇女因没有黄体酮的保护作用，罹患睡眠呼吸暂停综合征的几率升高，由此引起的失眠应慎用苯二氮䓬类催眠药。有时抗抑郁药的效果较好。

# 125. 对长期卧床的病人患失眠者如何进行家庭护理

这些病人白天休息较多，尽管夜里迟睡早醒，但是，总的睡眠时间基本上仍与正常人差不多，因此，不要强求同健康人一样。除非整夜不眠，一般无须为其失眠过于着急。

对疾病已到晚期，但身体功能尚未完全丧失，仍有一定活动能力的病人，应鼓励他们生活尽量自理，讲一些其他人战胜疾病的例子，使他们感到自己还不至于完全依赖别人，生活自理和病情好转都大有希望。只要病人思维正常，应让其知道一些家庭和单位发生的事情，以为病人不需知晓这些事，或故意封锁消息，只会使他们更加牵肠挂肚。

尽量让病人生活得舒适，晚上睡前给病人用温水洗脚，在保暖的前提下，适当开窗通风，并在房间里点上一根蚊香，以减少不佳气味对病人的刺激，给病人安排适当的体位，枕上舒服的枕头。

睡前不要让病人吃得过饱，不要让其看情节紧张的小说和扣人心弦的电视，可瞩病人在睡前做放松训练以助入睡，对爱听音乐的病人，睡前可有选择地给听一些有催眠镇静作用的音乐。对症用药，若因疼痛影响睡眠，则适当用些止痛药，对实在难以入睡的病人，可遵照医嘱予以安眠药物。

# 126. 为什么说保持心理平衡对治疗失眠很重要

心情不好的时候睡眠也不会好，焦虑时紧张不安、搓手顿足、唉声叹气，常常入睡困难；抑郁时心情沮丧、低落、消极，同样也难以睡好，而且往往半夜醒转。由此可见保证心理平衡对睡眠的重要性。

同样我国传统医学提到“内伤七情”都是致病的原因，即“喜怒哀思悲恐惊”七种情绪变化如果过分都对人体有害，也都可能导致失眠。

喜是好事，为什么也会引起失眠呢？试举一例，有位研究生努力学习考过了托福和GRE，被美国一所大学录取了，他欣喜若狂，但不幸的是连续失眠一周，以致白天头脑昏昏沉沉，直到去美国上学后才逐渐好转。

悲哀异常的确是失眠的根源。曾有一对十分要好的夫妻相濡以沫达10年之久，但男方突然发现患了白血病，经半年治疗无效撒手人寰，那年轻的妻子从此患了失眠，半夜醒来泪湿枕巾，痛哭失声。用了多种药物效果欠佳。

遭遇令人恐怖之事常常导致失眠，有位女青年不幸有过被人强暴的经历，从此她一到晚上就心有余悸，在关门上锁之余经常害怕有没有人可能闯入卧室对自己非礼，以致入睡困难，纵然睡着了也是噩梦频频，重现被人强暴一幕，甚至半夜大叫而醒。

总之，情绪的变化和失眠休戚相关，因而保持心理平衡非常重要，一般说来，情感的表达宜适中，不过度，不压抑，才有益于身体健康，更对睡眠有帮助。

# 127. 如何改善焦虑引起的失眠

失眠和焦虑常形影相伴，国外有学者研究发现，失眠症患者中存在中度至重度焦虑的达54%，而慢性焦虑患者主诉轻度失眠的有18%，中至重度失眠的有69%。失眠者的焦虑主要来源于：①担心失眠本身，即担心入睡延迟，以及夜间醒来或早醒后难以再入睡；②担心失眠的后果，即担心失眠会损害健康，会影响学习和工作。客观情况通常是：失眠者越焦虑，睡眠就越糟糕，而睡眠越糟糕，失眠者也就越焦虑，从而形成恶性循环。因此，失眠者要改善睡眠，必须先学习控制焦虑。从某种程度上讲，失眠者能够控制焦虑也就意味着能够有效地应付失眠。

失眠者控制焦虑可以通过以下几个途径实现：①从主观认识上讲，失眠者需要改变对失眠的错误观念，应该认识到对失眠及其后果的担心不但无助于改善睡眠，反而是失眠的罪魁祸首；②从主观态度上来说，失眠者应对能否睡得着、能否睡得好抱着无所谓的态度，正如日本著名的临床心理学家森田正马所指出，失眠者应该对失眠采取顺其自然的态度，也就是感到自己遭受的失眠症并无特殊之处，做到“忍受痛苦，当所当为”；③失眠者因焦虑而难以入睡时，可以做一些放松训练以帮助睡眠；④看医生十分重要，因为焦虑太重时，单靠病人的自我调节还不够，医生会酌情使用一些抗焦虑药。

# 128. 什么是失眠的刺激控制疗法

刺激控制疗法是行为治疗的一种，主要适用于严重入睡困难的慢性失眠病人。这些病人往往上床较早，试图强迫自己早早入睡，但实际上却事与愿违，越想早点睡觉就越睡不着，焦躁不安，结果形成恶性循环，甚至彻夜不眠。刺激控制疗法的目的就是要用重新建立上床与睡眠的关系来纠正入睡困难。刺激控制疗法的具体内容有：①不要早上床，只有在困意袭来时才上床；②不要在床上做睡眠和性生活以外的事情，如读书看报、看电视、吃东西或想心烦的事情等；③如果上床后15~20分钟内不能入睡，则要起床到其他房间去活动活动，如看书、织毛衣、做家务等，但要避免进行使人高度兴奋的活动，如下棋、打扑克等，当再次感到困倦时再上床；④如在15~20分钟内仍不能入睡，则再起床活动，如此反复，直至入睡；⑤每天早晨把闹钟调到同一时间，它一响就起床，不要考虑晚上睡了多少时间或白天将会有多累；⑥白天不要打瞌睡或午睡。进行刺激控制疗法时，严禁病人在床上从事各项活动，但性生活不受限制。①和②条的目的在于加强床与迅速入睡之间的关系；⑤和⑥条有助于逐步建立稳定的自然睡眠节律。

有一点需要有心理准备，应用刺激控制疗法时，在第一周时可能会使失眠加重，但只要长期坚持，最终肯定能够逐步建立起正常的睡眠-觉醒节律。

# 129. 什么是睡眠限制

睡眠限制方法来源于临床观察，许多观察发现，失眠者的睡眠效率很低，许多人在床上真正睡着的时间不到85%。为了巩固睡眠，提高睡眠效率，要限制失眠者躺在床上的时间。这类病人首先要对自己平时的睡眠时间进行评估，估计每晚睡眠的平均小时数，然后把自己在床上的时间限制在这个数值。例如，一个人每晚卧床8小时，但估计只睡着了5小时，睡眠效率为60%，这时就规定自己每晚在床上的时间为5小时，可以凌晨1点上床，6点起床，使睡眠效率提高。数天后，当每晚在床上的大部分时间为睡眠时间，睡眠效率达到80%以上时，开始增加床上时间，可以晚上12点上床，仍然6点起床。当床上时间又大部分为睡眠时间时，再增加睡眠时间，以此逐渐达到正常睡眠时间。这样逐渐进行的限制可以让病人知道自己究竟睡多长时间是正常的，并形成一个适当的睡眠时间的概念，有一个规律性睡眠时间。睡眠限制疗法要求病人每天早上在规定时间起床，即使夜间睡眠不好，也要按时起床，中午不要午睡。

此种办法在临床上被证明是十分有效的。睡眠限制疗法适用于那些夜间经常醒来或睡眠断断续续的严重慢性失眠病人。

# 130. 什么是放松治疗

放松治疗是行为治疗的一个重要方法，进行放松训练的一般原则有：①计划进行放松练习后，要下决心坚持每天练习，以形成一种习惯；②每天练习2～3次，练习越多越容易放松；③环境要求：安静整洁的房间，光线柔和，房间周围没有噪音，避免被人打断；④不要在空腹或饱餐后练习，练习的房间不能太热或太冷；⑤初练习的可选择舒适的姿势躺着，以后也可坐着或站着练习；⑥要以“主动的态度”去练习；⑦练习时，要注意采用正确的呼吸：一只手放在胸部，另一只手放在胃部，通过鼻子深呼吸，尽量让肺部肌肉张开，呼吸要缓慢、均匀，避免快速地深呼吸；⑧记录练习的过程，评价放松的步骤是否合适自己。以下是几种常用的放松方法：

（1）认知或冥想放松法：闭上眼睛，集中注意力于心的意念及快乐舒适的情境，或想象自己正处于遨游的情境中。

（2）腹式呼吸放松法：相对于生气紧张时以胸式呼吸为主，腹式呼吸与放松有关，学习腹式呼吸法有助于放松。练习腹式呼吸的开始是躺在床上，调整姿势及转动手、脚、肩等，使自己的全身轻松、舒适地躺着。随后闭眼，感受自己呼吸的深浅与韵律数十秒，接下来随着呼吸动作使腹部跟着缩进、突出并尽量维持胸部不动。如果之前从未练习腹式呼吸，则到此步骤需每天练习数十分钟，直到能分辨胸式呼吸与腹式呼吸的不同，即可随意控制两种呼吸法的变换。当能自然地作腹式呼吸时，接下来则尝试每次吸、呼后暂停半秒，在暂停间回想刚刚吸、呼的舒服感。当感受到舒适的呼吸深度与韵律后，持续练习数十分钟。在练习阶段不要在入睡前练习，而是当熟练后才应用至睡前帮助放松入眠。

（3）渐进性肌肉放松法：最基本的动作是：紧张你的肌肉，注意这种紧张感3～5秒钟，然后放松10～15秒钟，最后，体验放松肌肉

的感觉。其放松的程序是：①足部：把脚趾向后伸，收紧足部的肌肉，然后放松，重复；②腿部：伸直腿，翘起脚趾指向脸部，然后放松，弯起腿，重复；③腹部：向里向上收紧腹部肌肉（好像腹部正要受到一拳），然后放松，重复；④背部：拱起背部，放松，重复；⑤肩部/脖子：尽可能耸起双肩（向内、向上），头部向后压，放松，重复；⑥手臂：伸出双臂、双手，放松，弯起手臂，重复；⑦脸部：紧张前额和脸颊，皱起眉头，咬紧牙关；⑧全身：紧张全身肌肉，包括足、腿、腹部、背部、肩部手臂、脸，保持全身紧张几分钟。练习时，可以播放事前录制好指导语的录音带，随着指示集中注意力在各部位肌肉，然后放松，重复。

（4）自我暗示法：垂下双肩，放松全身肌肉，注意呼吸，放松。例如暗示自己，我现在的眼皮很沉，很沉。

# 131. 褪黑激素为什么能调整睡眠

褪黑激素现在在市场上“炒”得很红火，中文名字称美乐托宁，是英文melatonin的音译。据广告介绍，美乐托宁可以治疗失眠，还能调节自主神经功能等，究竟有没有道理呢?

褪黑激素来自于哺乳动物的松果体， 1958年，由于该激素可以漂白蝌蚪皮肤上的黑色素细胞而被发现。现在科学家已经发现，褪黑激素并不神秘，它的原料是5-羟色胺，即脑内一种单胺类的神经递质，白天5-羟色胺被贮存在体内，黑暗一开始， 5-羟色胺便被一些酶转化成为褪黑激素，从松果体中释放到血液和脑脊液中，黑夜里褪黑激素在血液中的含量要比白天高10倍以上，而且它也很容易进入脑内。

褪黑激素的生理功能目前还不能说已经十分清楚了。用常规剂量喂养的大鼠和山羊可以加快生殖腺的发育，提前进入性成熟期。对人体来说，褪黑激素似乎可以加速入睡过程并且使人主观上感觉到想睡觉，因此有人利用褪黑激素这个作用来作为安眠药使用。

实际上，褪黑激素的作用和光照射有密切关系。当太阳升起时，由于光照射增加而使褪黑激素的分泌减少，含量下降，人处于兴奋状态，积极准备工作和学习；相反，当太阳下山时，光照射逐渐减弱到消失，此时褪黑激素分泌增加，人处于抑制状态，准备睡眠。这正符合于“日出而作，日落而息”的自然规律和生活规律。

鉴于动物试验的结果，曾经给志愿受试者服用不同剂量的褪黑激素来观察睡眠情况，结果发现部分人员睡眠加快，睡眠质量提高，但另一部分人服药后睡眠情况变化不大。最终试验人员无法得出肯定的结论。

# 132. 褪黑激素治疗慢性失眠效果好不好

由松果体合成、分泌的褪黑激素是由5-羟色胺转化而来，它与光照射的关系密切，在有光照射的情况下， 5-羟色胺被贮存起来，一旦进入黑暗状态，褪黑激素就大量形成，并迅速到血液和脑脊液中发挥作用，因此可以说褪黑激素“喜暗怕亮”，这种特性会不会和人的睡眠有关系呢?

美国曾经做过一个试验，把不同剂量的褪黑激素给志愿受试者服用，并记录他们的入睡潜伏期、睡眠结构、总睡眠时间等，结果发现各人的报告很不一致，有些人认为褪黑激素可以加快入睡，睡眠质量也提高了，另一些人则觉得服激素和不服激素对睡眠没有什么影响，所以最终得不出确切的结论，但是确实有人改善了睡眠。由于和其他药物表现出来的数据和结论不一样，美国没有把褪黑激素作为药物处理，而是作为保健品处理，也就是说任何人只要愿意就能到药店去购买，而不需要医师开处方。

看来褪黑激素的作用因人而异，临床上确实有一部分失眠病人服用后能改善睡眠，但绝大多数属于急性的、因调整时差而引起的失眠，如出国开会或旅游，因时差不适应而失眠，服用褪黑激素可以纠正睡眠情况。对于慢性长期失眠的病人来说，效果就不理想，甚至作为药物的辅助治疗收效都不大。

从另一个角度来看，褪黑激素作为保健品似乎有些好处，曾有几位老年病人原来很容易患感冒，服用褪黑激素后感冒发生次数减少了，但是什么机制则不太清楚，可能是提高了机体的免疫功能。

褪黑激素是人体中合成、分泌的物质，所以服用后没有什么毒副作用，个别病人在刚开始服用时感到胃肠道不适、恶心、食欲下降，

但过一段时间就可好转。从安全性的角度来看，褪黑激素是比较好的。

# 133. 中药对催眠的作用如何

我国传统医学有悠久历史，虽然理论和治则和现代医学相差甚远，但在我国历史上发挥了重要的作用，说明其中确实有许多值得发掘的东西。

按照传统医学的理论，失眠有许多病因，但归根结底在于“心”有病，举例来说，心血不足、肾水不足（不能灭心火）、肝火太旺（导致心火也旺）、痰迷心窍等，都和“心”有关。实际上，传统医学的“心”有相当一部分与现代医学的脑有关。

中医治疗的原则是根据“证”来决定的，所谓“辨证论治”就是指此。通常有宁心安神、清热泻火、滋阴降火、清化痰热、活血化淤等治则，虽然原则不同，但应用得当，效果都很好。

至于中药的内容很多，这里无法做全面介绍，但一些单方可以罗列出来，如天麻丸、灵芝片、葛根素、杜仲、菖蒲、远志、柏子仁、酸枣仁、莲子芯、琥珀、牛黄、朱砂等都有宁心安神的功效，如果搭配得当，无疑的可以治疗失眠。

此外，复方制剂、中成药可以治疗失眠的就更多了，如天王补心丹、人参归脾丸、八珍益母膏、柏子养心丸、安神补心液、安神补脑丸、神经衰弱丸等都有报道。

针灸、耳针、电针、激光穴位治疗开展得也不少，有些病人确实感到对失眠有效。

在失眠的治疗过程中，中西医结合有非常大的优势，两者不矛盾，可以配合使用，使疗效更佳。

# 134. 失眠后一定要用安眠药吗

对于失眠的处理，首先是寻找导致失眠的躯体或（和）情绪方面的因素，区分失眠是原发性的还是继发性的，然后再决定其治疗方法。因为失眠本质上是一种心因性功能性疾病，单纯依赖安眠药物对症治疗的方法是效果不好的，对因治疗十分重要。

对于继发性失眠者，应以处理引起失眠的疾病或情况为主，如失眠情况较重或影响正常的学习工作生活，可以考虑暂时对症小剂量短时间的用一点儿安眠药。一般来说，睡眠的环境改善了，躯体的原发疾病治愈了或能够得到控制了，不痛快的事情过去了，失眠大多也会不治自愈，当然，也有一小部分失眠者在病因解除后仍然睡不好觉，这样的话，可以考虑小剂量间断的用药。另外，也有一些病因明明知道，但无法去除，如身患绝症，这时往往需要药物治疗。

对于原发性失眠者，也不一定要用安眠药，处理这种失眠最重要的是鼓励病人调整生活习惯，注意睡眠卫生，甚至可以用一些行为疗法，如刺激控制法、睡眠限制、放松疗法等，以帮助恢复其正常的生物节律，如果再采取这些措施后仍然有失眠，则可以考虑辅以安眠药物治疗。

# 135. 安眠药有哪几类

安眠药的历史是很悠久的，从18世纪末叶就有人开始研究和制造，迄今已有许多品种和药物面世。但大浪淘沙，不少药物曾经“红火”过相当一阵子最终还是退出了历史舞台，新的药物虽然层出不穷，然而真正符合于“理想”的安眠药条件的为数不能算多，而且还有待于历史的检验。

根据药物开发时间和化学结构的差异，现在大致上可以把安眠药分成三大系列，也有人把它们称为第一、二、三代安眠药。

第一大系列或第一代安眠药是巴比妥类，早在本世纪初（1903年）就已上市，由于巴比妥类药物有较强的镇静催眠作用，所以用于安眠。巴比妥类药物的化学结构有些差异就形成了多种（2500种）衍生物，根据作用时间的长短可以分为长效类、中效类、短效类和超短效类。长效类有巴比妥、苯巴比妥，作用时间6~8小时，中效类有异戊巴比妥、戊巴比妥，作用时间4~6小时，短效类有司可巴比妥，作用时间为2~3小时，超短效有硫喷妥钠，作用时间仅1/4小时。由于服药后的次晨病人会感到昏昏沉沉、头晕等不适，所以现在很少将巴比妥类药物用作安眠药。

第二大系列或第二代安眠药是苯二氮䓬类，于20世纪50年代上市，现在有几十种衍生物。根据作用时间长短也可以分为长效类、中效类和短效类。长效类有安定（地西泮）、利眠宁（氯氮䓬），作用时间可达50~100小时，中效类有硝基安定（硝西泮）、舒乐安定（艾司唑仑）、罗拉（劳拉西泮）、舒宁（舒必利）等，作用时间15~18小时，短效类有三唑仑、速眠安（咪达唑仑）等，作用

时间0.5～5小时。现在苯二氮䓬类是使用最广泛的安眠药。

第三个系列或第三代安眠药目前主要包括唑吡坦（思诺思）、佐匹克隆（忆梦返）和扎来普隆。它们的作用时间都较短，为0.5～5小时，用于催眠效果好。由于该类药物的治疗指数高、安全性高、基本不改变正常的生理睡眠结构、不易产生耐药性和依赖性，因此，目前已经有逐渐取代苯二氮䓬类药物的趋势。

# 136. 吃安眠药有什么窍门

失眠的治疗首先应当针对病因，如积极治疗身体疾病；环境因素能避免的尽量避免，不能避免的设法改进；精神心理因素要进行心理疏导，该发泄的应当宣泄，该解决的设法解决。此外，还要注意睡眠卫生，遵守睡眠作息制度，睡前做些放松活动、洗热水澡等。服安眠药只能作为辅助性治疗手段，千万不要作为首要治疗方法。

如果失眠较严重，拖的时间也比较长，那么就要吃安眠药了。安眠药的使用有什么窍门呢?我想应当给大家提出一个“理想的”安眠药使用模式，那就是：

（1）能够很快催眠，也就是说，服用后在30分钟之内就一定可以入睡。

（2）不引起睡眠结构的紊乱。我们已经了解，睡眠分为NREM和REM 睡眠两个时相，理想的安眠药应该不打乱这种规律。

（3）没有宿醉作用。宿醉作用指第二天醒来后产生头昏脑涨、昏昏沉沉，像喝醉酒一样的感觉。理想的安眠药应该使人在第二天醒来后头脑清醒，精力充沛，工作和学习的效率更高。

（4）无呼吸抑制作用。由于安眠药大多数属于中枢神经抑制剂，所以有可能产生呼吸抑制作用，但是目前新的安眠药并无这种作用。

（5）不引起药物依赖。所谓药物依赖就是指成瘾性，有些安眠药物在长期服用后会产生药物依赖，这是一个比较严重的问题。

（6）与其他药物没有相互作用。理想的安眠药最好与别的药物不发生相互作用，也就是说，不增加也不减轻别的药物的作用，否则别的药物在服用安眠药后要减少或增加药量，挺麻烦的，有时还可能

出意外。

根据以上几点，相信读者都会掌握安眠药的服法以及服用的窍门，在选择药物时就会有所依据，不至于盲目服药。

# 137. 服用安眠药应注意哪些问题

安眠药是一类对中枢神经系统产生抑制作用，可引起镇静和催眠作用的药物。使用这类药物时应注意以下几点：

（1）失眠仅仅是一个症状，使用安眠药仅是对症治疗，因而在使用安眠药之前一定要寻找并治疗失眠的病因。

（2）几乎所有的催眠药物长期连续使用都会产生耐受性和依赖性，在突然停药时可能会导致更严重的失眠，因此应严格控制其使用，同一种催眠药物一般不宜连续使用超过4周。

（3）病人自己很难详尽地掌握安眠药的使用方法，必须在医生指导下使用这类药物，尤其是作用时间较长的镇静安眠药，用后常有延续效应，次日可引起白天困倦、头晕、嗜睡等。这对于从事机械工作的人有潜在的危险性，因此，服药的患者，不可驾驶车辆和操作机器，以免发生事故。

（4）催眠药还有肌肉松弛作用，容易出现步态不稳，故尤其是对于短半衰期的药物一定要慎重。

（5）本类药物与其他中枢神经抑制药物（如抗组胺药、镇痛药以及酒精等）同用时，有协同作用，可出现严重后果，应避免同时使用。

（6）睡眠呼吸暂停综合征禁止使用催眠药，急性间歇性血卟啉病的患者应禁用巴比妥类催眠药，肝肾功能减退者应慎用催眠药特别是巴比妥类药。

（7）对于儿童一般不用安眠药，除非是用于治疗儿童夜惊、梦游症和癫痫。

（8）老年人应用安眠药时应慎重，剂量宜小。

（9）哺乳期妇女及孕妇应禁用，尤其是在妊娠头3个月及分娩前3个月。

# 138. 如何看待安眠药的副作用

小剂量短时间使用安眠药是治疗失眠的重要手段，不过安眠药在帮助人们进入甜蜜的梦乡的同时，也存在着潜在的危险性，因此有人将安眠药称为“危险的朋友”。那么“这位朋友”危险在什么地方呢？

（1）应用苯二氮䓬类安眠药后，夜间睡眠通常会明显见好，虽然夜间睡眠时间不短，但部分人在白天还会有昏昏沉沉的感觉，头脑并不清醒，在医学上给这种现象起了一个很形象的名字，叫做宿醉现象。宿醉现象实质上是药物的过度镇静作用，与药物的半衰期有关，如果在晚上服了一种半衰期长的安眠药，那么到第二天的时候药物在体内浓度仍然很高，在白天药物仍然会起作用，因此也就会出现上述的宿醉现象；和宿醉现象有关的另外一个因素是用药的剂量，用药剂量大，第二天血中该药物的浓度自然会较高，也就容易出现宿醉作用。由此可见，服用小剂量的中或短半衰期的药物可减少宿醉现象。

（2）长期服用安眠药的失眠者可能都会有这样的经历：刚开始用药时效果很好，用一段时间后药不如以前管用了，增加一点剂量疗效又好了，这就是“耐药性”。长期用药的另外一个问题是依赖性（老百姓俗称“成瘾”），依赖是指长期服用者，如果不给药就会出现焦虑不安、紧张、全身不适等症状。防止依赖性的关键在于不要长期使用同一种安眠药。

（3）长期用药者突然停药会出现戒断症状，如失眠、激越、坐卧不安、烦躁等，使用半衰期长的药物、逐渐减量、慢慢停药可防止出现戒断症状。

（4）长期使用安眠药可使人的记忆力减退、反应减慢，这种情

况在老年人使用大剂量安眠药时容易发生，故老年人在使用安眠药时应慎重，剂量不宜过大。

（5）治病的良药在某些情况下也会成为毒药，经常会发生吞服大量安眠药企图自杀的情况，这简直是一种悲剧。要避免这种悲剧发生的关键是，安眠药应作为一种处方药由医生和药房严格控制，取药回家后应由家属帮助病人来保管。

# 139. 安眠药的使用有讲究

有时去医院看病，向医师诉述失眠，但是没有仔细叙述失眠的具体症状，如入睡困难还是半夜易醒等，结果可能医师就给您舒乐安定（艾司唑仑）2片，每晚1次。这是治疗失眠的最常用处方，可是并不见得是最适合您的处方，因为您的失眠主要是入睡困难，舒乐安定并不能解决入睡问题。

因此，在就诊时一定要注意把自己的失眠症状介绍清楚，因为每一种安眠药的使用是有针对性的。举个例子来说，舒乐安定属于中长效安定类的药物，它的半衰期长达2 4小时左右，主要针对半夜易醒或多梦的失眠患者，而对入睡困难帮助不大。那么用什么药物较好呢？一定要用半衰期短的药物，如咪唑安定（多美康），佐匹克隆（忆梦返）或唑吡坦（思诺思）等。这类药物的半衰期只有3～5小时，帮助入睡很快，而且排泄也快，到第二天没有残余作用，人会感到头脑清醒，记忆良好，情绪愉快。当然，对于半夜易醒或噩梦频频的患者，舒乐安定就是一个很好的选择了。

# 140. 安定类药物只有安眠作用吗

安定类药物是人们对苯二氮䓬类药物的俗称，人们都知道安定类药物能够帮助睡觉，除此之外，难道它还有别的作用？确实有，安定类药物有镇静、催眠、抗焦虑和抗惊厥作用，这类药物在小剂量时即有镇静、抗焦虑和抗惊厥作用，在大剂量时会出现催眠作用。当我们利用其中一种或几种作用时，其他作用就会成为该药物的副作用，这是用药的常识，因此安定类药物的这些作用都会与失眠的治疗或副作用相关。

在失眠时，每天晚上睡觉之前使用安定类药物是利用其催眠作用；而对于焦虑症的失眠或长期失眠伴有焦虑情绪的病人，在晚上使用安定类药物实际上有抗焦虑和催眠两个作用，另外，医生还会在白天使用小剂量的安定类药物，目的是利用这些药物的抗焦虑作用来缓解患者的焦虑情绪；镇静作用常和副作用相关，前面提到的药物的宿醉作用实际上是由于药物在白天的过度镇静作用造成的；抗惊厥作用通俗地讲就是对紧张肌肉的松弛作用，对于有焦虑的失眠患者，抗惊厥作用可使患者觉得全身不那么紧绷绷的了、肌肉不会再发抖、打战了，但对于一般患者，抗惊厥作用可能会使患者双腿发软、走路打晃，甚至会跌倒。

# 141. 慢性长期失眠病人能一直用安眠药吗

慢性长期失眠病人首先应当查清病因，一般来说，失眠只是一个症状而不是疾病，所以在慢性长期失眠的幌子下必然有一个疾病存在。除了我们说过的不少身体上的疾病，如关节炎、肺结核、慢性肝炎、贫血、肌病等外，可能还有些其他疾病，必须先进行病因治疗，只有病因去除了，才谈得上对失眠的治疗。

其次要调整环境因素，如卧室环境的布局，强光和噪音的隔离，卧具的挑选等，还有工作环境的调整，如变三班倒为正常班，常年夜班为白班等等。

至于临时出差、出国，因为毕竟是短时间的、一过性的失眠，吃几天安眠药就可以解决问题。

这里最要提醒读者注意的是精神心理因素，许多病人正是患有焦虑症或抑郁症才引起慢性长期失眠的，可是病人或者不自觉，或者自觉而不愿谈及，或者知道情况而不愿意服药，结果是利用失眠这一症状长期服安眠药，造成安眠药成瘾，其后果十分可悲。我们曾诊治过为数不少的慢性长期失眠病人，实际上是抑郁症，但转诊去精神病院病人嫌“名声不好听”不肯去，结果就在门诊拿大量的安眠药，一吃就是几年、十几年，最终成为药物依赖，还得住进精神病院去“戒毒”！还有些病人也不愿承认自己有抑郁症，长期吃点安眠药，最终因抑郁症状加重而自杀死亡，令人惋惜!另外有些病人明明知道自己是抑郁症，但看到医师开的抗抑郁药说明书上写着不少副作用，认为药物不好还不如不吃，结果又是症状恶化而自杀死亡。像这些例子使我们当医师的感到痛心万分，能治的病偏偏不肯治、不愿治，结果以悲惨告终，真是太无谓了，太没有必要了。

所以我们一而再、再而三地告诉读者，安眠药并不是解决慢性长期失眠的好办法，即便是生产厂家也不希望病人长期吃安眠药。最好的办法是查清病因，对症下药。

# 142. 安眠药服用时间长了怎么进行调整

对于失眠病人，医师一定要查清病因，对症下药，而不是一味地开安眠药，这点必须引起注意。

有些病人慢性长期失眠一直服安眠药而不愿去查查有没有精神心理因素，以致服药成瘾。据北京市一项调查显示，有多达16.8%以上的病人有安眠药药物依赖，主要的药物是苯二氮䓬类，而且91%的药物来自医院。说明医院对安眠药的依赖和成瘾尚未引起足够的注意，医师随便开安眠药处方。

按世界卫生组织制定的标准，一般安眠药处方最多不得超过4周，然后应当停用2周，如果需要再用，则开另外一种安眠药。这样做的目的是为了预防安眠药成瘾或药物依赖。

也许有些读者会问：那么停用2周安眠药期间失眠怎么办?我想在这里举一个具体的例子来说明如何解决这个问题。如果一位慢性长期失眠的病人已经用舒乐安定（艾司唑仑）4周，按理应停药2周，但停药期间仍失眠，此时我建议不妨用2周抗组胺药，如非那根（异丙嗪）或苯海拉明作为过渡性治疗，2周后如果还失眠，可以选用思诺思（唑吡坦）或忆梦返（依匹克隆）。采用这种交替应用安眠药的方法，病人可以得到充分的治疗，但又不至于引起药物依赖的危险性。

但是这里我还想再强调：慢性失眠病人不能长期服安眠药，一定要查清病因，对症下药，才是最佳方案。

# 143. 伴有躯体、精神疾病的失眠患者应该如何选择镇静催眠药

如前面所提到的，很多躯体、精神疾病常可伴发失眠，这类失眠患者除应积极治疗原发病外，在针对改善失眠的症状性治疗时，亦可短期应用催眠药物，但应慎重选择，以免加重原发病，造成不良后果。其选药原则如下：

（1）神经系统疾患：谵妄或痴呆的失眠患者，应避免使用镇静催眠药物，否则可加重精神错乱与认知障碍，可应用小剂量抗精神病药物，如奥氮平、奎硫平等，以控制激越、攻击行为等精神症状，此外，痴呆患者的失眠可使用褪黑激素治疗。不宁腿综合征引起的失眠可应用苯二氮䓬类药物改善睡眠，禁止使用非那根（异丙嗪），因其可使症状恶化。脑梗死的发生与REM睡眠有关，因此，脑血管病患者出现的失眠，应选用对REM睡眠影响小但能减少NREM睡眠II期和延长III、 IV期睡眠的药物，如忆梦返、思诺思、扎来普隆、氟西泮等。

（2）精神系统疾患：焦虑症患者往往入睡困难，而抑郁症患者常常早醒，除使用抗焦虑、抑郁药外，早期可使用中效或中长效的苯二氮䓬类药物，如氯硝西泮、阿普唑仑、艾司唑仑等，应避免使用短效药物（特别是三唑仑）和长效的氟西泮，因前者可加重抑郁，而后者可使抑郁慢性化。

（3）心血管系统：由于心衰、心绞痛的发生多出现在REM睡眠阶段，特别是凌晨4～5点钟，此时心率会突然加快或不规则，血压上

升或不稳定。因此，心脏病患者伴发的失眠应选用能缩短REM睡眠时间并能够降低心率的催眠药物，如苯巴比妥、硝西泮；或对心血管影响较小的药物，如氯羟西泮。应慎用艾司唑仑，因其对传导阻滞的患者不利。

（4）呼吸系统疾患：慢性肺功能障碍的患者，若伴有失眠，应慎用苯二氮䓬类催眠药物，因其可引起呼吸抑制。

（5）消化、泌尿系统疾患：由于大部分镇静催眠药物均经过肝脏代谢、肾脏排泄，因此，对慢性肝、肾功能不全者使用催眠药物应慎之又慎，一般认为，肝脏疾病可选择奥沙西泮、阿普唑仑、思诺思、扎来普隆，禁用氯硝西泮和巴比妥类；肾功能不全者可选用思诺思、扎来普隆、忆梦返、地西泮和咪达唑仑，禁用氯硝西泮和三唑仑。

（6）各种疼痛引起的失眠：可选择苯巴比妥类，因其可加强解热镇静药效应，减少用量。对于关节炎夜间疼痛及过度疲劳后肌肉酸痛引起的失眠，可选用阿司匹林，因其除解热镇痛外，还具有一定程度的中枢抑制作用。不明原因疼痛导致的失眠，可选用阿米替林，因其能缩短入睡潜伏期、延长REM睡眠潜伏期、缩短REM睡眠时间和延长NREM睡眠III、 IV期。

（7）皮肤疾患：皮肤瘙痒或荨麻疹导致的失眠，可应用非那根或安泰乐（羟嗪）。

# 144. 为什么巴比妥类药物不推荐用作安眠药

巴比妥类药物是历史上第一个大系列的镇静催眠药，于1864年合成，衍生物多达2500种。根据作用时间长短可以分为长效类、中效类、短效类和超短效类几种。但是目前越来越少用作安眠药了，原因何在？

第一，巴比妥类药物有些副作用，有的还比较严重。如苯巴比妥（鲁米那）是长效镇静药，又有抗癫痫作用，但它可能引起严重的副作用：固定性红斑，如果不及时停药并治疗，可以演变成剥脱性皮炎。

第二，巴比妥类药物主要的作用点在大脑皮质，使大脑逐渐镇静下来，但由于药物的作用时间较长，对大脑的抑制作用较强，结果到了次晨病人仍感到头昏脑涨、昏昏沉沉、想睡、记忆力减退，病人不愿意服用。

第三，最重要的一点就是巴比妥类药物的成瘾性，在慢性长期服用苯巴比妥类药物后人体会对药物发生成瘾性。成瘾性目前在医学上称为药物依赖，包括心理依赖和躯体依赖两种情况。巴比妥类药物既可引起心理依赖，又可造成躯体依赖，结果是病人服药剂量越来越大，而且不能停药，万一停药就会发生戒断综合征，到那时，失眠更严重，还有头疼、流泪、全身颤抖、焦虑不安、哭泣、严重时全身抽搐等症状。

鉴于上面所说的三点理由，医学上已经基本不用巴比妥类药物作为安眠药了。但是，巴比妥类药物仍然作为别的用途试用，如苯巴比妥还是常用的抗癫痫药和治疗儿童高热惊厥药；硫喷妥钠常用于静脉麻醉等。同时，在个别地区，速可眠（司可巴比妥）还在当安眠药

用，我们建议尽量少用或不用，以免引起不良反应。

# 145. 速可眠治疗失眠效果不错，为什么不用

速可眠又称司可巴比妥，属于短效类巴比妥。速可眠很容易溶解在水中，口服后吸收很快，能在20～30分钟内迅速抑制大脑皮质，使人进入睡眠。应当说是个很好的催眠药。

从20世纪50年代到现在，速可眠一直被用作催眠药，受到了失眠病人的欢迎。但近年来速可眠已有退出历史舞台的可能性，在欧美国家已经不用作安眠药了，我国的基本药物目录中也已经删除了速可眠。

最主要的原因是速可眠有较严重的药物依赖——成瘾性。在临床工作中，我们曾经发现不少病人因失眠而服用速可眠，开始时每晚1粒，以后逐渐自己加量（因为每晚1粒已经不起作用了），最多加到每晚服10粒之多，而且再加上其他安眠药。这种成瘾的病人不能减量或停药，否则就出现严重的戒断综合征，个别病人因戒药而抽风，情况相当严重。所以世界卫生组织建议不要把速可眠作为安眠药使用，我国也逐步接受了这个建议。

此外，还有些病人服用速可眠后有皮疹和肝功能损害，出现转氨酶升高、黄疸等。为了避免这类副作用，也建议不用。

但是在其他医疗用途中速可眠仍有一定的作用，如外科手术前用作基础麻醉，使病人在术中安睡，不至于影响手术的进行。因为这种用途仅仅一次，时间也短，不会产生药物依赖，所以仍可放心使用。

# 146. 眠尔通怎么越来越少用了

20世纪50年代初期，当苯二氮䓬类药物尚未面世之前，丙二醇类药物曾经风行一时，其中的佼佼者便是眠尔通，眠尔通又称甲丙氨酯，该药于1952年合成，被广泛用于镇静、催眠和抗焦虑。但曾几何时，在苯二氮䓬类药物上市之后，眠尔通很快便被利眠宁（氯氮䓬）所代替，成为“明日黄花”了。

眠尔通的作用和后来上市的苯二氮䓬类有些相似，它具有吸收快，作用较强，副作用较小的特点。失眠病人服眠尔通后20～30分钟即可入睡，NREM睡眠的II期增加， REM睡眠潜伏期延长，时间缩短，总的睡眠时间延长，次晨醒来较少有宿醉作用。鉴于上述特点，很受病人的欢迎。此外，眠尔通在白天服用可以减轻焦虑情绪，不太紧张恐惧，也可用作抗焦虑药物。

但随着用药时间的延长，医师对眠尔通产生了一些看法。服药时间久后，药物依赖出现了，病人服药量越来越大，不服药会发生戒断综合征：头痛、头晕、烦躁、不安、失眠严重，更有少数病人全身抽风、昏迷，甚至死亡。由于药物依赖、成瘾性的出现使不少医师在开处方时不得不慎重考虑。其次，眠尔通也会导致皮疹，严重时类似剥脱性皮炎，对肝脏也有一定的毒性作用。因此，当苯二氮䓬类药物上市后，医师宁可开苯二氮䓬

类药物而放弃用眠尔通，何况，苯二氮䓬类药物的催眠作用比眠尔通更强，所以，眠尔通确实越用越少了。

不过，安眠药的个体差异极大，有少数病人就是认定了眠尔通，对眠尔通“情有独钟”。尽管很少有医院仍然备有眠尔通，可这些病人仍然点名要眠尔通，有时弄得药房和医院都挺为难。

# 147. 安眠酮为什么不用了

安眠酮又称海米那、甲喹酮，我国在20世纪60年代曾广泛用作安眠药，受到病人的欢迎。安眠酮服用后可使失眠病人在30分钟左右入睡，睡眠维持时间为4～8小时，减少做梦，次晨醒来无头昏脑涨和晕晕沉沉感，也是一种较好的安眠药。

从20世纪60年代上市以来，经过十余年的临床使用发现安眠酮有明显的药物依赖性，无论是心理依赖或躯体依赖都有，而且停药后发生严重的戒断综合征：头痛、呕吐、流泪、震颤，有时引起全身抽搐。所以世界卫生组织宣布停止生产和销售安眠酮，现在市面上已经没有安眠酮了。

一个好的安眠药因为有药物依赖性而停止生产是件好事，因为这样做可以保障大多数失眠病人的利益，如果任其滥用以致病人成瘾那就会成为一种社会公害。我国卫生部门绝对不允许药物泛滥，所以对安眠药的生产和销售控制极严，安眠酮只是其中的一个例子。

# 148. 苯二氮䓬类药物是怎样治疗失眠的

当前最普遍应用的安眠药是苯二氮䓬类药物，其中的代表是安定（地西泮），所以有时候医师或病人把这类药说成安定类药物，比苯二氮䓬类药物这个名字要好念又容易记。

要说明安定类药物是怎样治疗失眠的比较困难，原因是医学术语太多，一般读者可能看完后仍然一头雾水，搞不明白。不过我还是想试一试。

在我们的脑内有许多兴奋性或抑制性物质，医学上称为兴奋性神经递质或抑制性神经递质，兴奋性神经递质比较出名的有去甲肾上腺素、 5-羟色胺、多巴胺等；抑制性神经递质则只有一种，即γ-氨基丁酸。想使人睡眠安好就必须加强抑制性神经递质γ氨基丁酸的作用，那么安定类药物有这个作用吗？

科学家已经知道安定类药物发挥作用的点即医学上称为受体的地方正好和γ-氨基丁酸的受体位于一个通道的两端，这个通道只允许氯离子进去。正常情况下氯离子通道只开放一个小口子，进去的氯离子数量不多。当安定类药物服用后，就和受体相结合，同时也刺激了γ-氨基丁酸的受体，结果使氯离子通道的口子开大了，至少比正常大了3～4倍，这样一来氯离子就大量进去了。里面是细胞内部，由于氯离子的超载，于是细胞就干脆“罢工”了，也就是说产生了超极化，不产

生任何电流，结果就变成了休止状态，也就是抑制过程。由此可见，安定类药物是通过γ-氨基丁酸发挥作用的，也就是增强了中枢抑制性神经递质的作用才使人进入睡眠的。

上面说的过程虽然很烦琐，看起来也复杂，不过在身体里只需要几个毫秒就完成了，所以说人的身体是一架非常巧妙的机器是一点不假的，任何再高级的智能机器人目前也做不到这一点。安定类药物的作用只不过是其中一个小小的例子而已。

# 149. 安定治疗失眠合适吗

安定又称地西泮，是苯二氮䓬类药物中的“大哥大”，大概在1960年合成，以后这类衍生物多达2000多种，不过临床上常用的也就35种左右，国内现有的上市安定类药物约12种。

安定口服后吸收很快，也很完全，约1小时后血中药物浓度就达到高峰，开始发挥作用。安定是个强有力的镇静催眠药，服用后病人感到心情平稳，不那么烦躁不安，不那么紧张恐惧，对睡眠也有帮助，所以20世纪60 年代安定使用得很广泛，但目前已经逐步减少了。

安定使用较少的一个重要原因是新的产品层出不穷，有的疗效明显优于安定，因而医师和病人纷纷改用新药。第二个原因是安定有很少量的副作用，如对肝脏有一些损害，有肝病的病人服用时要小心。第三个原因是安定也有药物依赖性，长期服用后会产生戒断综合征：头痛、呕吐、烦躁、不安、心悸、严重失眠，有时还会抽搐、昏迷。因而不推荐长期慢性使用。

至于作为治疗失眠的安眠药来使用是不恰当的，这里面还有一个重要的理由，那就是安定在身体内部经过肝脏代谢后产生一个代谢产物：去甲基安定，该药也有镇静催眠作用，而且从体内清除的时间很长（医学上称为清除半衰期），结果服用安定后，镇静作用可以持续到50～100小时。大家设想，服用2片安定当安眠药使用，效果一直会持续到第2～4天，岂不是在服药后2～4天内人都昏昏沉沉、想睡觉吗？因此，安定不宜作为安眠药！

但是有少数病人习惯于吃安定，服用后没有感到什么不舒服，这

就是个体差异。对于这些病人当然可以继续当安眠药用。但对大多数病人来说，还是不用作安眠药为好。

# 150. 三唑仑是不是治疗失眠的良药

三唑仑属苯二氮䓬类药物的一种，是短效类安定，晚上服用后可使人很快入睡，做梦减少，睡眠质量提高。而且它的最大优点是清除半衰期短，只有0.5～3小时，由于排泄快，所以第二日起床后头脑清醒，精力充沛。许多失眠病人都喜欢用三唑仑来治疗失眠，认为它比较接近于“理想的”安眠药。

20世纪80年代后期，有位英国医生在给老年人用三唑仑后发现次晨神志有些恍惚，而且询问他昨天发生的事都回忆不起来，就在医学杂志上报道了这个例子。以后这类报告多了起来，受到了生产厂家的注意，他们请了一批志愿试验者用5种不同的苯二氮䓬类药物进行观察，发现这5种药物都有程度不同的近记忆障碍，也会引起一定程度的神志模糊，因而建议限量使用三唑仑。

另外还有一个药物依赖的问题，三唑仑比较容易产生药物依赖和成瘾，有人认为只要用常规剂量连续服7～10个晚上，就有可能成瘾，所以给病人的处方量千万别超过7～10片。

三唑仑的问题又一次反映了新药上市后监测的重要性。一种新药上市后不等于“一切都完事”，还必须继续观察不良反应和毒副作用，如果发现问题要继续做动物实验和临床观察，这样才是对病人负责任的态度。万一发现上市后药物反应过分严重，那么停止生产也是必要的。药厂切不可以把病人的生命当儿戏！此外，在不少国家发现，有些集团利用三唑仑的快速起效做坏事，他们把药物放在酒中让人喝了

立刻入睡，然后把钱财盗走，也就是说，把药物当成迷幻药来使用，这是安全和司法部门绝对不能允许的。

目前欧美国家已经逐步减少用三唑仑当作安眠药使用，我国专家在多次讨论后，也建议不把三唑仑继续放入基本药物目录内，而改为麻醉药来控制使用。

# 151. 舒乐安定是治疗失眠的常用药吗

舒乐安定又称艾司唑仑，由日本厂家合成并推出，临床上也用作安眠药。舒乐安定原则上属于中效类苯二氮䓬类药物，它的半衰期为18～24小时，服药后病人可以在30分钟内入睡，睡眠较深沉，做梦也减少了，而且总的睡眠时间延长，病人觉得睡眠质量提高了。目前较广泛地用作安眠药，剂量是2片（2毫克），每晚一次。

经过近几年临床使用的结果来分析，舒乐安定的副作用较小，对心、肺、肝、肾几乎没有什么毒性，所以安全性高。缺点是半衰期较长，次晨醒来时有些病人感到头晕、昏昏沉沉、不清醒，好像喝过酒一样，但并不影响工作和学习。

最重要的副作用仍然是药物依赖性，长期服用舒乐安定有心理依赖和躯体依赖，有些病人每晚非服舒乐安定不可，不服就有怕睡不着的恐惧感，这就是心理上的依赖。还有些病人则逐渐加量，从每晚2片加至4、 6、 8片，最多一位加到了24片才能入睡，这种就属于躯体依赖。不管是心理依赖还是躯体依赖，停药后都会产生戒断综合征：头疼、头晕、烦躁、不安、哭泣、压抑等，重时会全身抽风，所以我们不主张长期服用安眠药，也包括舒乐安定在内。

目前已经有第三代安眠药，病人不妨试试换药，看效果如何。

# 152. 罗拉和佳静安定能治疗失眠吗

罗拉又称劳拉西泮；佳静安定又称佳乐定、阿普唑仑，都是苯二氮䓬类药物的衍生物，属中效类。罗拉的清除半衰期为12～15小时，佳静安定的半衰期为8～12小时，目前在临床上应用较广泛。

罗拉和佳静安定的抗焦虑作用较强，小剂量就能达到控制焦虑的目的，临床上常用剂量是罗拉0.5毫克，每天3次；佳静安定0.4毫克，每天3次。服药后病人感到心情不那么紧张、不安、恐惧、烦躁了，可以定下心来做些事。尤其在处理一些重大事情前临时服1片罗拉或佳静安定往往就能泰然地解决问题，如会见外宾或首长、在大型会议上做报告、与新结交的异性朋友首次会面等。

用作安眠药的效果应该说不如三唑仑、舒乐安定（艾司唑仑）等，因为它们的剂量较小，催眠作用不够强，一般睡前服用罗拉2片或佳静安定2片可能有些作用。

如同其他的苯二氮䓬类药物一样，罗拉和佳静安定也有困倦、无力、想 睡、头晕等镇静药的副作用，幸亏对心、肺、肝、肾的毒副作用不大。但药物依赖也有，长期慢性服用会出现成瘾性，心理依赖和躯体依赖都有可能出现。总的说来，罗拉属于安定的最终代谢产物，成瘾性比较低，佳静安定的成瘾性则相对高些。不过，医师绝对不推荐长期服用这类药物。

# 153. 忆梦返治疗失眠有什么优点

忆梦返又称佐匹克隆（zopiclone），属于第三代安眠药，它的化学结构和巴比妥类和苯二氮䓬类药物截然不同，但同样有催眠作用。

忆梦返口服后吸收很快，在1.5～2小时后血中药物浓度达高峰，开始发挥作用。清除半衰期为0.5～8小时。服药后病人很快入睡（约30分钟），NREM睡眠的III、IV期增加，REM睡眠的潜伏期和周期的变化不大，总的睡眠作用延长，所以病人反映良好。

由于是新的安眠药，在我国应用的时间不长。根据观察，忆梦返对心、肝、肾、肺的毒副作用很少，安全性高。服药后次晨有1/4病人觉得有点头昏脑涨、昏昏沉沉、想睡、困倦，说明药物仍有宿醉作用，但并不影响工作、学习和其他活动。由于药物在唾液中排泄，所以服药后第二天感到口苦，有一种怪味，持续半天左右，这常常使病人觉得不舒服。

至于忆梦返有没有药物依赖目前还没有肯定的结论，法国进行动物实验观察认为没有发现成瘾性，但临床上有个别报告在长期服用忆梦返后突然停药，病人出现轻度激动、焦虑、肌肉疼、失眠、噩梦等，但远较苯二氮䓬类药物药物为轻。

欧美国家使用忆梦返作为安眠药的频度很高，我国也已列入基本药物目录，不少大医院用量颇大，但价格较贵是其缺点，一般病人不易接受这个价位。

# 154. 思诺思治疗失眠效果如何

思诺思又称唑吡坦（zolpidem），也属于第三代安眠药，是咪唑吡啶的衍生物，化学结构和巴比妥类和苯二氮䓬类完全不同，但也有很强的催眠作用。

思诺思口服吸收很快，给药后0.5～2小时血中药物浓度就达高峰并开始起效。药物很容易进入脑中，清除半衰期是1.4～3.8小时，平均2.5小时。思诺思明显缩短失眠病人的入睡时间，使病人很快入睡，能延长NREM睡眠II期，加深NREM睡眠III、IV期，但对REM睡眠的潜伏期和周期无影响，因此基本上不改变正常的睡眠结构，提高了睡眠的质量，深受病人欢迎。

国内曾经对思诺思的疗效进行观察，综合300多例失眠病人服药后的总结，认为入睡时间明显缩短，大约30分钟内一定能入睡，半夜醒来次数减少，做梦也减少，睡眠质量提高，总的睡眠时间延长到6小时以上。第二日清晨有少数病人仍感到头晕、昏昏沉沉、想睡、困倦，但不影响学习、工作和日常生活。

思诺思治疗失眠的原理和苯二氮䓬类相仿，也是通过增强中枢神经抑制性递质γ-氨基丁酸的作用，由于苯二氮䓬类药物有药物成瘾性和依赖性，那么思诺思有没有呢？这是许多医师和病人关心的问题。根据生产厂家的动物实验结果，连续给动物灌药1个月没有发现成瘾性，另外，有些志愿受试者连续服用180天（6个月）也没有发现药物依赖，所以认为比较放心。但是生产厂家并不希

望病人长期服用安眠药，也包括思诺思在内。

欧美国家已经把思诺思列为治疗失眠的首选药物，以代替苯二氮䓬类药物。我国也已将其列入国家基本药物目录之中，但价格昂贵是其缺点，一般病人难以接受。

# 155. 你听说过扎来普隆吗

扎来普隆（zaleplon）是一种新型的第三代镇静催眠药，其化学结构不同于巴比妥类和苯二氮䓬类药物，主要通过GABA-苯二氮䓬类受体复合物产生中枢抑制，具有镇静催眠、肌肉松弛和抗惊厥的作用。

扎来普隆口服后吸收比忆梦返和思诺思都快，给药后0.9小时血中药物浓度就可达高峰并开始起效。清除半衰期为0.9~1.1小时。扎来普隆能够缩短入睡潜伏期，增加总睡眠时间，明显改善前半夜的睡眠质量，次日无宿醉作用，不出现反跳性失眠，不影响驾驶能力，耐受性与思诺思相似，但优于苯二氮类䓬药物，因此，是一种具有很大潜力的新型镇静催眠药。

由于该药是新的催眠药物，目前国内尚无临床观察报道，国外临床研究显示其副作用主要有头痛、嗜睡和眩晕等，且不良反应与所用剂量密切相关。

目前有关扎来普隆的药物依赖尚无报道。

# 156. 水化氯醛现在还用来治疗失眠吗

水化氯醛又称水合氯醛，可以说是最早用来治疗失眠的药物之一，早在1888年就有医师开处方了，这个“百年老药”，迄今仍被用来治疗失眠。

水化氯醛是白色或无色的结晶，易溶解在水中，通常都把药物做成溶液后再服用，如果直接服用结晶，对胃肠道的刺激性太大，可以立刻引起恶心、呕吐。做成溶液的水化氯醛仍有一股强烈的味道，在饮用时刺激咽喉部、食管和胃部，所以不少病人不愿意服用。

服用水化氯醛后大约20分钟即可入睡，睡眠的质量高， NREM睡眠II期增加， III期也略增多， REM睡眠潜伏期延长，周期缩短，和巴比妥类相似。清除半衰期为6～8小时，服药后次晨略感头昏脑涨、晕晕沉沉，但不严重。

长期服用水化氯醛也有药物依赖，心理依赖和躯体依赖都存在，有的病人用水化氯醛催眠剂量越来越大，一般常用量为10%药物10毫升，每晚1 次，但成瘾后每晚要口服30～50毫升方能入睡。曾有一例病人由于药物依赖，每晚非口服30毫升不可，结果入睡后不久起床上厕所，由于困倦和行走不稳，摔倒在厕所里，造成颅骨骨折、脑干挫裂伤而死亡。所以水化氯醛也同样不能长期服用。

现在用水化氯醛作为安眠药越来越少，但在医疗上有其他用途，如神经内科处理癫痫连续发作的病人，可以用10%水化氯醛加上30毫升植物油，混匀后灌肠，能够有效地控制癫痫发作，使病人转危为安。

# 157. 除了三大系列安眠药之外，还有其他药物吗

安眠药有三大系列或称三代，是指每一系列有许多种衍生物，化学结构和功能相仿。除了这三大系列外，还有不少药物也有催眠镇静作用，上面提到的水化氯醛（水合氯醛）、眠尔通（甲丙氨酯）和安眠酮（甲喹酮）都属于另一些安眠药，下面再介绍一些其他药物。

抗精神病药是一大组，它们都具有镇静催眠作用，如氯丙嗪、氟哌啶醇、奥氮平等，服用后可使睡眠改善，但在临床上主要用来治疗精神病，如精神分裂症、躁狂等。这些药物一般从小剂量开始服，逐渐加大剂量，直到病情稳定后慢慢减量，服用时不太方便。作为安眠药使用则只需小剂量，但除了精神科或精神病院的医师外，一般很少开这类药用作安眠药。

抗抑郁药物是另一大组，不过并非每一个抗抑郁药都有镇静催眠作用。临床上这类药物主要用来治疗抑郁症：病人情绪低落、沮丧、压抑、企图自杀等。由于抑郁症的病人多半睡眠不好，常常要服安眠药，所以抗抑郁药在治疗抑郁的同时也把失眠治好了。与抗精神病药物相似，这类抗抑郁药在精神科或精神病院用得较多，医师们用药经验也较丰富，药物的剂量也有一个逐渐加量和减量的过程，比较麻烦，一般不作为常规的安眠药使用。

还有一大组药物是抗组胺药物，也就是过去所说的抗过敏药，它们也或多或少具有镇静作用，如苯海拉明、非那根（异丙嗪）、扑尔敏（氯苯那敏）、克敏能（氯雷他定）、苯印胺、赛庚啶、苯噻啶等，临床上皮肤科和变态反应科用于过敏性疾病的治疗，如急慢性荨麻疹、过敏性鼻炎、神经性皮炎、湿疹、哮喘等，但服用后都有嗜睡、困倦等副作用。有时也可用于失眠的病人，作为安眠药的替代

品。

# 158. 多虑平和阿米替林为什么能治疗失眠

多虑平（多塞平）和阿米替林都属于抗抑郁药的范畴。抗抑郁药有四个大类，第一类是单胺氧化酶抑制剂，我国基本上不生产，产品大多数是进口的；第二类是三环类抗抑郁药（化学结构上有3个环所以这么叫），多虑平和阿米替林都是这一类的；第三类是杂环类抗抑郁药，化学结构上有各种各样的环，如麦普替林（马普替林）、米安色林等；第四类是选择性5-羟色胺重摄取抑制剂，这是一类新的抗抑郁药，20世纪90年代才上市，现在有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰、氟伏沙明5种。

20世纪90年代以前，最常用的抗抑郁药是三环类抗抑郁剂，所以多虑平和阿米替林应用广泛。多虑平和阿米替林抗抑郁作用在服药后7～10天发生，对思维迟钝、行动迟缓、情绪低落等抑郁症状有明显的改善作用，多虑平（多塞平）还能改善病人的烦躁、焦虑、紧张、不安的情绪。药物清除半衰期多虑平为16～30小时，阿米替林为9～25小时，排泄较慢，所以体内作用时间相对就长些。

多虑平和阿米替林有一定的副作用，最常见的副作用是抗胆碱能作用，病人服药后会产生口干、心动过速、便秘、尿潴留、视力模糊等不适。其次是抗组胺作用，也就是抗过敏作用，病人服药后会产生镇静、困倦、嗜睡、体重增加、低血压等反应。最严重的是心血管副作用，病人会产生直立性低血压、心律失常，甚至心跳停止，但这种严重副作用很少见。把多虑平和阿米替林作为安眠药是利用其抗组胺副作用，当病人服药后，由于药物本身的抗组胺副作用就产生了困倦、嗜睡、镇静作用，使睡眠情况得到改善。这个例子是医师巧妙用药的好例子，药物在医师手里不仅要利用其药物作用，也可以利用其

副作用来达到治疗的目的。

# 159. 曲唑酮对失眠病人有用吗

曲唑酮（trazodone）是一个抗抑郁药，它属于杂环类抗抑郁剂，是三唑吡啶的衍生物。药物的抗抑郁作用强度与三环类抗抑郁剂相似，但对心血管系统的毒副作用小，较少发生心律失常。抗胆碱能和抗组胺的副作用很小，口干、便秘、视力模糊、体重增加、心动过速等不适反应少见。但是曲唑酮有较强的中枢镇静作用和轻微的肌肉松弛作用，所以有利于治疗抑郁病人合并失眠者。

曲唑酮口服后很快吸收，2小时血中药物浓度达高峰，但和食物一起吃会影响其吸收，而且吸收量减少，所以最好空腹服用。药物在体内经肝脏代谢，由肾脏排出，药物本身容易进入脑内发挥作用，清除半衰期需3～5小时，常用剂量是5 0毫克，每晚1次，可逐步增加到每天200毫克，分3～4次服用。老年人服用曲唑酮治疗抑郁症比较安全，有轻度心脏病者也可以服用，但有肝、肾疾病的宜减少剂量。

曲唑酮的中枢镇静作用和轻微肌肉松弛作用有利于失眠的治疗，所以不论是有或是没有抑郁症，只要有失眠都可以试用曲唑酮，50毫克，每晚1 次。但少数病人在服药后次晨会感到头晕、头胀、昏昏沉沉、困倦感，说明药物仍有部分作用，此时可酌情减量服，如25毫克，每晚1次。

欧美国家曲唑酮用得较多，我国台湾省处方量也不少。

# 160. 抑郁病人治愈后，为什么失眠也好了

抑郁症目前越来越为社会所关注，主要因为病人除了心情低落、压抑、沮丧、绝望之外，常常会有自杀的想法。据统计，约1/4的抑郁病人因自杀而死亡，而在人群中自杀者，往往1/3是抑郁病人，由此可见，及时而积极地治疗抑郁症患者是十分重要的。切不可把抑郁病人当成是思想问题或一般的精神受刺激来对待，以免发生意外。

抑郁病人除了心情上的变化外，还有许多躯体症状，如果病人不善于或羞于表达自己的情感变化，只是诉述躯体症状，那么医师很容易诊断为内科或神经内科疾病，以致长年累月看病而得不到应有的治疗。

我们可以从下述的调查来看一下抑郁病人的躯体症状：睡眠障碍占98%，疲乏83%，喉头和胸部缩窄感75%，胃纳下降71%，便秘67%，体重减轻63%，头痛42%，颈背痛42%，胃肠道不适36%，心血管症状25%等，如果病人只是主诉身体上的不舒服，很少有医师会马上想到抑郁症的。

幸好对诊断清楚的抑郁病人，现在已经有不少抗抑郁药可以治疗了。抑郁病人的睡眠障碍绝大多数属于半夜早醒，往往睡到半夜2~3点钟就醒来，脑子里尽想些不愉快和绝望的事，此时最容易萌发出自杀的想法，十分危险。

经过治疗以后，为什么抑郁病人的失眠也好了呢?当然首先应当考虑病人的失眠只是抑郁症状的一种表现，随着抑郁症状的全面好转，失眠也一定会随之好转。许多病人都觉得回想抑郁时半夜早醒要自杀的想法“十分可笑”，“毫无必要”，说明失眠实际上就是抑郁的一部分症状。

另一方面，药物的作用也不可忽视。在抑郁症状明显的时候，要劝说病人不去想不愉快的事是不可能的，只能通过药物来解决。现有的各种抗抑郁药物，有些本身就有镇静作用，如曲唑酮，有些具有抗组胺的副作用，如多虑平和阿米替林等，医师便可以利用这些副作用。等到抑郁症状好转后，失眠也随之好转，这时药物就可以减量或停服了。

# 161. 抗抑郁药是不是都能够治疗失眠

抗抑郁药可以分成四大类，且都有抗抑郁作用。目前专家们认为抑郁症很可能和脑内神经递质的功能异常有关，最主要的神经递质有两个：去甲肾上腺素和5-羟色胺，在抑郁症发病时，脑内去甲肾上腺素或5-羟色胺的含量下降，到了症状好转时，这两种神经递质又恢复正常，所以抗抑郁药物的作用机制是尽量使脑内去甲肾上腺素或5-羟色胺的含量升高，以治疗抑郁症。

四大类抗抑郁药的作用点不相同，但都能达到增高脑内去甲肾上腺素和（或）5-羟色胺的目的。第一类是单胺氧化酶抑制剂。这种药物能抑制单胺氧化酶，使单胺类物质（所有的神经递质基本上都是单胺类物质）活性不至于被破坏，因而单胺类物质去甲肾上腺素和5-羟色胺含量就高了。第二类是三环类抗抑郁药，因其化学结构中有3个环而命名。这类药能阻止单胺类物质重新吸收到细胞内，所以遗留在血液中的单胺类物质含量就高了。第三类是杂环类抗抑郁药，因其化学结构有各种不同的环而命名。这类药物的作用机制和三环类抗抑郁剂相似。第四类是选择性5-羟色胺重摄取抑制剂。顾名思义，这类药物也阻止单胺类物质重新吸收到细胞内，但只选择一种，即5-羟色胺，所以以此命名。

在这四大类抗抑郁药中，单胺氧化酶抑制剂不具有抗胆碱能和抗组胺作用，所以不能治疗失眠，而且因为药物和含酪胺的食物（如奶油、巧克力、啤酒等）同用，会发生高血压危象，非常危险，所以国内目前没有生产。三环类和杂环类抗抑郁药都有抗胆碱能和抗组胺作用。所以会产生嗜睡、困倦、镇静等副作用，可以用来帮助治疗失眠，但利用的是其副作用。选择性5-羟色胺重摄取抑制剂有振奋作

用，一般不能治疗失眠。

由上述情况可以看出：抗抑郁药本身并不是安眠药，虽有些可以帮助治疗失眠。可是只要把抑郁症治好了，失眠症状就可以好转。所以从这个意义上来讲，抗抑郁药又都可以治疗失眠。

# 162. 为什么抗组胺药也有催眠作用

抗组胺药过去也称为抗过敏药，主要用于过敏性疾病的治疗。过敏反应（或称变态反应）的原因大多数是因为组胺和身体上的受体结合所致。组胺和受体结合后使血管猛烈扩张、血浆从血管中渗出，以致局部组织充血、水肿、痒、起荨麻疹等。抗组胺药物的作用机制就是抢先一步，先和身体上的组胺受体结合起来，使组胺无法再和受体结合，这样过敏反应（或称变态反应）就表现不出来了。

现在抗组胺药物很多，除了抗过敏作用之外，往往都有镇静催眠作用，这是什么道理呢?

原来大多数抗过敏药都有较强的中枢抑制作用，它们可以进入脑内抑制神经细胞的活动，所以在临床上往往产生困倦、嗜睡、镇静作用。了解这个特点后，抗过敏药往往被做成复方制剂，用来作为晕船、晕车药，或是作为抗感冒药。如苯海拉明和氨茶碱合剂组成乘晕宁或晕海宁，对治疗晕船、晕车有效，又如氯苯那敏（扑尔敏）与维生素C和银翘等药合用，组成抗感冒药，对治疗上呼吸道感染有效。如果用作单方药，如苯海拉明、赛庚啶、扑尔敏、非那根等，也可作为镇静催眠药用于失眠病人，效果也相当满意。

# 163. 长期用中枢兴奋药可以吗

中枢兴奋药包括的内容很多，但临床上常用的只有咖啡因、苯丙胺、哌甲酯（利他林）、匹莫林、莫达非尼等几种，目的是为了治疗嗜睡症，特别是发作性睡病。

发作性睡病的病人在任何条件和情况下都会入睡，虽然睡眠的时间可长可短，一叫就能醒来，可是毕竟有发生危险的时候，因此给予治疗是必要的。这些治疗药物能提高大脑的兴奋性，使病人不想睡眠，这样才能坚持日常生活、学习和工作。从治疗的意义上来讲，服药是终生性的，因为发作性睡病的病因迄今还不清楚，患病后常常终生不愈，病人不得不每天服药。

苯丙胺、利他林（哌甲酯）等药有明显的副作用，最明显的是失眠、兴奋、烦躁、不想进食、体重下降等，有时被不法分子当作减肥药来出售。更严重的是苯丙胺等药在长期服用后会出现精神病样改变，服药者有大量的幻觉、妄想、思维障碍，很像精神分裂症，实质上是安非他明中毒性精神病，是药物成瘾的一种表现。一旦发现药物成瘾就必须戒断，挽救病人的生命，目前我国已经发现这类药瘾者。

鉴于这类药物的成瘾性，我国基本上不生产和销售这类药物，服药成瘾者都是由国外走私带入的。但从发作性睡病的病人来看，没有药物就意味着没有治疗，使病人的嗜睡状况始终存在下去，虽然这种病人为数不太多，但作为病人他们有权利要求得到治疗，因此矛盾就出来了。也许将来在严格的药品管理制度下，莫达非尼可以供少量发作性睡病病人作治疗用，同时彻底堵塞其他可能来源，这样才有利于病人和其他人群。